



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

Do Conhecimento à Prática Autónoma

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

por Fernando José de Araújo Miranda

PORTO, Maio de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

Do Conhecimento à Prática Autónoma

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

por Fernando José de Araújo Miranda

Sob orientação de Professora Irene Oliveira

PORTO, Maio de 2011

RESUMO

Este relatório de estágio engloba três Módulos que correspondem a três locais de estágio, respectivamente, a prática no Serviço de Urgência do Hospital de São João, na Unidade de Queimados / Cuidados Especiais do Hospital da Prelada e na Unidade de Convalescença do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo. Tem por objectivos: desenvolver uma prática reflexiva; reflectir no exercício profissional e atitudes tomadas, na perspectiva de melhorar o desempenho como enfermeiro e como aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; e ilustrar o percurso ao longo do estágio. A metodologia seleccionada é a descritiva/reflexiva.

No percurso para a obtenção de competências, foi privilegiada a intervenção autónoma. No decorrer das vivências junto do doente/família tornou-se pertinente reflectir e transcrever para este contexto particularidades da comunicação, considerações éticas e de gestão de serviços de enfermagem. A intervenção foi de encontro às necessidades identificadas e consideradas pelos serviços como pertinentes, possibilitando a implementação futura das mesmas. Neste sentido, foram abordados os registos de enfermagem em contexto de urgência/emergência, o foco regime terapêutico originou reflexão no Serviço de Urgência e intervenção na Unidade de Convalescença e o foco úlcera de pressão na vertente do risco no doente grande queimado. Assim, respectivamente foi desenvolvido um Projecto de Intervenção no Serviço de Urgência, com o intuito de estimular junto dos enfermeiros o registar intervenções autónomas; na Unidade de Convalescença, o foco regime terapêutico, sendo este aquele que desperta mais atenção junto dos profissionais do serviço, dando origem a uma reflexão junto dos enfermeiros na actividade diagnóstica e na implementação de intervenções; o foco úlcera de pressão, tendo por base o seu risco no doente grande queimado, considerando este como de alto risco, desenvolvemos um instrumento para avaliação do mesmo, sendo este utilizado como base para uma futura indagação de qual é o factor preponderante para o aparecimento deste foco no doente queimado.

O desenvolvimento destas temáticas reflecte consolidação de aspectos pertinentes, para um aprofundamento posterior no desenvolvimento de práticas futuras, pois as instituições caminham no sentido da actualização e incremento dos seus níveis de eficácia e eficiência, e o enfermeiro especialista tem de ter um papel participativo e proactivo. O balanço do estágio é muito positivo. Tal facto foi possível pelo esforço na concretização dos objectivos, da sua análise e que no seu corolário, permitiram uma melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

ABSTRACT

This work involves three modules which correspond to three local stage, respectively practice in the emergency department of the Hospital São João, in the Burns Unit / Special Care of Hospital da Prelada and Convalescent Unit of Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo. Aims to: develop a reflective practice; reflect on the professional practice and attitudes taken in view to improve our performance as a nurse and as student of Master in Medical-Surgical Nursing; and illustrate the way along the stage. The methodology selected is the descriptive / reflective.

On the way to obtain skills, was privileged to intervene independently. During the experiences with patient / family became relevant reflect and to transcribe this context particularities of communication, ethical considerations and management of nursing services. The intervention was meeting the needs identified and addressed for services as appropriate, enabling future implementation of them. In this sense was approached the nursing records in the context of urgent /emergency therapeutic regime resulted in the focus reflection in the emergency unit and intervention on Convalescence Unit and the focus pressure ulcers in the shed risk in the major burn patient. Thus, respectively developed a Draft Intervention in the ER, in order to encourage nurses to register with interventions autonomous; Unit of convalescence, the focus therapeutic regime, and this is one that arouses more attention with professional service, giving rise to a reflection among nurses in the diagnostic activity and implementation of interventions, the focus pressure ulcer based on their risk in large patient burned, considering this as high risk developed an instrument for assessing risk, which was used as a basis for future inquiry what is the key factor for the onset this focus on burn patient.

The development of these themes reflects consolidation aspects relevant to a further deepening the development of future practices, because institutions go towards updating and increase their levels of effectiveness and efficiency, and nurse specialist has to have a participatory role and proactive. The assessment stage is very positive. This that it was possible for the effort in translating objectives, its analysis and in its corollary, possible to improve the quality and efficiency of care.

Mais do que agradecer importa referir a importância de cada um, em momentos vividos ao longo deste período, indubitavelmente, de crescimento.

A família, que sempre esteve presente. Apesar de alguns terem iniciado uma longa viagem, a sua presença foi constante.

A Rute que cada vez mais faz parte desta grande família e a quem muito se deve a força e a persistência no decurso do trabalho.

As pessoas que trabalham comigo, que desenvolveram uma empatia genuína contribuindo para o meu desenvolvimento.

A Senhora Professora Irene Oliveira que com o seu pragmatismo, realismo e muita Enfermagem permitiu que o querer seja ter. Bem como todos os orientadores de estágio Lúcia Vales, Eva Capitão e Manuel Melo. Sem deixar de referir a ajuda do Paulo Alves, sempre objectiva e cirúrgica.

A todos, obrigado!

In memoriam Aurorinha matertera

LISTA DE SIGLAS

ABA – American Burn Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CIPE – Classificação para a Prática da Enfermagem
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECR – Equipa Coordenadora Regional
EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPE – Entidade Pública Empresarial
EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel
GTU – Grupo de Trabalho de Urgências
HSJ – Hospital de São João
ICN – International Council of Nurses
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MAT – Medida de Adesão ao Tratamento
MC – Médico-Cirúrgica
NIC – Nursing Interventions Classification
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
QEP – Queimadura Espessura Parcial
QPT – Queimadura Espessura Total
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
STM – Sistema de Triagem de Manchester
SU – Serviço de Urgência
UC – Unidade de Convalescença
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UMCCI – Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados
UP – Úlcera de Pressão
UQ/UCE – Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 15 |
| 1. Estágio, um percurso... .. | 21 |
| 1.1. - Particularidades da Comunicação ao longo do estágio | 24 |
| 1.2 – Considerações Éticas da prestação de cuidados..... | 26 |
| 1.3 – Gestão de Serviços de Enfermagem, considerações | 29 |
| 1.4. - Da evidência a uma prática Autónoma | 32 |
| 1.4.1. – Registos de enfermagem, em contexto de Serviço Urgência..... | 35 |
| 1.4.2 – Regime Terapêutico, considerações para a prática | 38 |
| 1.4.3 – Risco de úlcera de pressão no doente grande queimado | 57 |
| Conclusão | 63 |
| Referências Bibliográficas | 65 |
| Anexos..... | 71 |

Anexo I – Caracterização do Serviço de Urgência

Anexo II – Caracterização da Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais

Anexo III – Caracterização da Unidade de Convalescença

Anexo IV – Estudo de um Caso, Pessoa em situação de Politraumatismo

Anexo V – Guia de Acolhimento Unidade de Queimados/ Unidade de Cuidados Especiais

Anexo VI – Entrevistas estruturadas aos Enfermeiros Chefes

Anexo VII – Projecto de Intervenção Registos de Enfermagem: Para uma melhoria da qualidade

Anexo VIII – Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento

Anexo IX – Medida de Adesão ao Tratamento

Anexo X – Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão no doente grande queimado

ÍNDICE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Diagnósticos e intervenções mais frequentes no Risco de Não-Adesão.....53

INTRODUÇÃO

Segundo o ponto 3 do Artigo 7.º da Lei 111/2009, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros define que o Enfermeiro Especialista tem “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem.*” A Ordem dos Enfermeiros (2009b: 10) refere que Enfermeiro Especialista é “*um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção*”.

Desde a aprovação da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, decorre um processo de transição para um novo Modelo de Desenvolvimento Profissional do Enfermeiro em que se preconiza um novo Sistema e Matriz de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Neste contexto transitório a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica irá ser convertida na Especialidade da Pessoa em Situação Crítica (Ordem Enfermeiros, 2009b).

Considera-se que a Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica, organiza-se tendo por base os “*projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.*” (Ordem Enfermeiros, 2009b: 7).

Assim, é essencial evidenciar a efectividade da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, no que se refere à utilização de indicadores da pessoa em situação de doença, mais latos, que utilizados em complementaridade com os indicadores fisiológicos, possam ser uma base válida para olhar para os doentes como pessoas em situação crítica, cuja funcionalidade, futuro familiar e social não podem ser ignorados.

É uma necessidade premente da disciplina de Enfermagem compreender as respostas humanas, fundamentando os diagnósticos de enfermagem na realidade contextual, de modo a planear melhores cuidados, tendo como pilar a investigação científica. Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) têm assim uma responsabilidade acrescida, devem por isso desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção para se poderem constituir como ajuda profissional avançada à pessoa e família. Neste contexto, e com a pretensão de adquirir e ampliar conhecimentos e desenvolver competências de diagnóstico clínico e de intervenção autónoma, no sentido de ser uma referência, decidi realizar esta formação pós-graduada.

Este estágio insere-se no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Pressupõe três Módulos que correspondem a três locais distintos para realizar prática clínica. A estruturação em três módulos permitiu, em diferentes locais, proporcionar momentos de reflexão clínica das necessidades e problemas do doente/família em diferentes contextos de prestação de cuidados. No Módulo I desenvolvi a prática no Serviço de Urgência do Hospital São João, EPE (no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010). No Módulo II o estágio realizou-se na Unidade de Queimados / Cuidados Especiais do Hospital da Prelada (no período de 04 de Outubro a 27 de Novembro de 2010). E culmina com o Módulo III que incorpora o estágio na Unidade de Convalescença do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo, inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (no período de 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011).

No decorrer do estágio, pretendi estabelecer a ponte teoria / prática através de um suporte (o conhecimento teórico) e o seu uso consciente, explícito e reflexivo, com as melhores evidências actuais na tomada de decisões sobre a prestação de cuidados ao doente e família visando a implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais. Hoje, a multiplicidade de intervenções, cada uma delas com diferentes potenciais de benefício, risco e custo, exigem respostas mais seguras, baseadas em investigações sistematizadas sobre questões clínicas específicas. É um desafio ser pró-activo no desenvolvimento de capacidades para lidar com o novo conhecimento.

Assim, a escolha dos locais para a realização do estágio nos diferentes módulos, foi alvo de reflexão. Tive em conta os objectivos a desenvolver e as possibilidades, que à priori, teriam os serviços para a consecução dos mesmos. A selecção da tipologia dos serviços teve o intuito de possibilitar um conhecimento transversal do percurso do doente institucionalizado, com necessidades de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), desde a admissão no Serviço de Urgência (SU), passando pelo internamento em Cuidados Intensivos e terminando numa Unidade de Convalescença.

O SU do Hospital de São João, foi escolhido visto desenvolver actividade profissional na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Geral deste hospital e a maior percentagem de doentes admitidos no serviço provêm deste. Foi também intuito, trabalhar as particularidades dos doentes que recorrem a este serviço, mesmo aqueles que não necessitam de cuidados intensivos. Conhecer as suas particularidades e perceber em que intervenções autónomas poderia o enfermeiro EEMC ser uma mais-valia.

A Equipa de Enfermagem do SU é composta por cerca de 90 enfermeiros, entre os quais Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver actividades, predominantemente no turno da Manhã. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada uma com 18 elementos assumindo um deles o papel de Coordenador de Equipa (e um Subcoordenador, que o substitui) que é um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os elementos da equipa. Baseia o atendimento à pessoa através do algoritmo do Sistema de Triage de Manchester. Possui seis áreas de prestação de cuidados, designadas por: área de admissão e recepção; área de triagem; área de Psiquiatria; área amarela; área laranja; área de Ortopneumologia; e sala de emergência. (Anexo I)

No que concerne à Unidade de Queimados/ Unidade de Cuidados Especiais do Hospital da Prelada (UQ/UCE) recaiu a escolha, pois considerei que se constituiria como um momento ímpar para conhecer uma estrutura hospitalar do sector privado e proporcionar momentos de prática clínica num contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) diferente do meu local de trabalho. Prende-se essencialmente pelo motivo de na prática não prestar cuidados a pessoas vítimas de lesão traumática por queimadura, constituindo

o desenvolvimento do estágio nesta unidade uma mais-valia no conhecimento das particularidades da pessoa em situação crítica vítima de queimadura.

A Equipa de Enfermagem da UQ/UCE é composta por cerca de 20 enfermeiros: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Responsável pela Unidade a desenvolver actividades, predominantemente no turno da Manhã e pelos restantes enfermeiros que desenvolvem as suas actividades pelos turnos da manhã, da tarde e noite. A dotação de enfermeiros é avaliada diariamente consoante as necessidades dos doentes internados contudo, permanecem no mínimo cinco enfermeiros no turno da Manhã e três enfermeiros nos turnos da Tarde e Noite. O serviço dispõe de uma capacidade para oito doentes, com todas as valências associadas à prestação de cuidados a pessoas vítimas de queimadura. (Anexo II)

O terceiro e último Módulo era opcional na área de intervenção. As opções versavam sobre a Emergência Pré-Hospitalar, Comissões de Controlo de Infecção, Bloco Operatório e Unidades de Convalescença. A escolha recaiu numa Unidade de Convalescença, pois considero importante desenvolver competências orientadas para a prestação de cuidados de enfermagem no sentido da reabilitação, reintegração e reinserção da pessoa preparando-a para o regresso a casa. De referir a complexidade dos doentes que necessitam de referenciação para Unidades de Convalescença por serem casos de elevada complexidade clínica que não necessitam de cuidados hospitalares agudos. A Unidade de Convalescença de Valongo, sendo uma Unidade de referenciação do Hospital onde exerço actividade profissional e ser referência a nível nacional.

A Unidade de Convalescença do Hospital Nossa Senhora de Conceição/Valongo está integrada na RNCCI. A unidade dispõe de 23 camas, das quais duas em isolamento e as restantes em enfermarias de três camas tendo capacidade instalada para 23 clientes. Encontra-se inserida no Hospital Nossa Senhora da Conceição. A equipa é constituída por: Director Técnico (Enfermeiro); 14 enfermeiros que asseguram cuidados de enfermagem permanentes, auxiliados por 8 assistentes operacionais; médico que assegura cuidados permanentes, fora do seu horário de trabalho é requisitado o médico do SU do hospital; médico especialista em fisioterapia, fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional; assistente social e um psicólogo clínico. A logística está assegurada pelos serviços do hospital desde o Serviço Dietético passando pelos recursos materiais. (Anexo III)

Nesta dinâmica, que tem por base a continuidade dos cuidados os Módulos não são estanques entre si. Pois situações problema foram identificadas em mais que um módulo de estágio dando pertinência às actividades desenvolvidas. E, é tendo em conta esta continuidade e complementariedade dos serviços que descrevo as actividades que me levaram a atingir os objectivos/competências a que me propus. Sendo assim, o trabalho encerra um grande capítulo em que descrevo/reflecto as actividades desenvolvidas e culmina com a conclusão que encerra em si a catarse do trabalho.

A realização deste documento dá resposta a uma necessidade curricular, sendo também uma actividade proposta e que visa dar resposta ao Objectivo/Competência “Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica”. Tem por objectivos: desenvolver uma prática reflexiva; reflectir acerca do exercício profissional e atitudes tomadas, na perspectiva de melhorar o desempenho como enfermeiro e como aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; ilustrar o percurso ao longo do estágio.

A metodologia seleccionada é a descritiva/reflexiva. Tendo por base pesquisa bibliográfica actual, mobilização de conceitos adquiridos na componente teórica do Mestrado e considerando a vivência pessoal, profissional e académica.

Como se poderá observar ao longo do trabalho este privilegia a intervenção autónoma do enfermeiro, em especial do enfermeiro EEMC tendo por base, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença crítica considerando a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção. Privilegiei actividades que, juntamente com os serviços, foram consideradas uma mais-valia, no sentido que não seria trabalho sem continuidade, isto é, considerando que os serviços iriam incorporar as sugestões dadas. Assim, os Registos de Enfermagem foram alvo de intervenção no contexto de SU, o Regime Terapêutico originou reflexão em contexto de urgência e intervenção na Unidade de Convalescença e o foco Úlcera de Pressão, foi trabalhado no contexto da pessoa em situação de queimadura na Unidade de Queimados/Unidades de Cuidados Especiais do Hospital da Prelada. Focos considerados por Pereira (2009) como pertencentes à prática autónoma do enfermeiro.

Assim, o trabalho é criado numa lógica de integração curricular, com uma natureza interdisciplinar e transdisciplinar, visando a realização de um relatório concreto e enquadrado nos objectivos dos projectos de vida profissional e pessoal e baseado no

plano curricular da Pós-Licenciatura na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este Relatório privilegia situações de aprendizagem que coloquem o enfermeiro, nomeadamente o EEMC, perante a realidade como problema, que promovam a reflexão anterior à decisão, a participação nas decisões, o desenvolvimento de uma cultura de rigor e de uma avaliação que permita ganhar confiança perante a mudança, a inovação ou a incerteza. A nós colocamos o desafio de nos superarmos com objectivos realistas.

1. ESTÁGIO, UM PERCURSO...

As actividades desenvolvidas ao longo do estágio estiveram relacionadas com o desenvolvimento de competências na prestação, gestão e investigação de cuidados de enfermagem no âmbito de Serviço de Urgência, Serviço de Cuidados Intensivos e Unidade de Convalescença da RNCCI. No decorrer do estágio, acompanhei os enfermeiros tutores e desenvolvi actividades que lhes incumbiam como gestão, organização e prestação de cuidados aos doentes/famílias. No SU e UQ/UCE a minha presença obedeceu ao horário do tutor, sendo em regime de “roulement”. Na Unidade de Convalescença a presença no serviço foi sempre no turno da Manhã (8h às 14h), algumas vezes prolongado até às 18h. Foi possível prestar cuidados a doentes seleccionados em reflexão com os enfermeiros tutores e que necessitavam de cuidados especializados.

Ao longo do estágio efectuei reflexões conjuntas – com o enfermeiro tutor e a orientadora – para as melhores opções terapêuticas, na procura da excelência dos cuidados. O doente e família foram sempre o nosso foco de atenção, assim como a participação no trabalho da equipa multidisciplinar.

Organizei a presente reflexão das actividades desenvolvidas contextualizando com os objectivos/competências propostas pela Universidade, tendo por base o Projecto de Estágio. Permitindo assim, sistematizar e organizar as actividades, fundamentando-as com bibliografia consultada.

Desenvolvi a prática com o objectivo de **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada**. No decorrer do estágio enfrentei situações problema, que irei documentar ao longo do trabalho, relacionadas com a prestação de cuidados ao indivíduo/família resolvidas com base no conhecimento adquirido na prática diária, pela componente teórica ministrada nas diferentes disciplinas e pela pesquisa bibliográfica

efectuada durante os momentos de reflexão. Tive em consideração as características socioculturais do indivíduo/família inserido nos diferentes contextos (urgência/emergência, cuidados intensivos e unidade de convalescença), procurando dar uma resposta eficaz aos cuidados prestados ao longo do estágio.

Na componente de estágio urgência/emergência numa fase inicial, algumas dificuldades surgiram, associadas ao contexto onde desenvolvo a prática profissional, essencialmente relacionadas com o factor tempo na abordagem ao doente, ao número de doentes e tipologia de patologias. Contudo, com a experiência adquirida ao longo do estágio esta dificuldade foi colmatada. Na prática diária, desenvolvo actividade numa Unidade de Cuidados Intensivos, em que o ambiente controlado proporciona uma gestão do tempo diferente do contexto de urgência. O facto de existir um rácio de um enfermeiro para dois doentes, permite abordar problemas do doente/família que não é possível neste contexto. No entanto, ao longo do estágio identifiquei problemas discutidos junto do enfermeiro tutor, bem como dos restantes profissionais, com o intuito de reflectir informalmente sobre questões da prática. A realização do Estudo de Caso (Anexo IV) foi uma actividade que proporcionou um momento de crescimento, permitindo uma reflexão mais profunda e sistematizada, na abordagem ao doente crítico.

Os enfermeiros EEMC têm uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente, no apoio à gestão de situações de urgência, graves e ameaçadoras. Devem por isso desenvolver competências de diagnóstico diferencial e de intervenção para se poderem constituir como ajuda profissional avançada. As actividades desenvolvidas permitiram **manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

No decorrer do Estágio no SU, foi seleccionado um caso, que pela sua especificidade despertou especial interesse, essencialmente pelas dúvidas e incertezas na abordagem realizada. Foram identificadas algumas dificuldades e limitações, que se prendem e se situam em áreas como o escasso friso cronológico (em contexto de SU) para a avaliação dos resultados. Bem como para a implementação das actividades. É certo que múltiplas actividades podiam ser realizadas, contudo, tive que relacionar as actividades com o contexto de urgência, que de certa forma limitou a intervenção junto do doente/família.

Não posso deixar de referir, também, uma situação que nos primeiros dias de estágio surgiu, e que foi momento de reflexão: aquando a administração de um fármaco, no sentido de verificar o resultado pretendido bem como possíveis efeitos secundários, procurei inconscientemente a presença da monitorização contínua dos sinais vitais. Verificando que não estava presente, deixou-me inseguro. Esta insegurança foi colmatada juntamente com o doente, e o monitor foi traduzido pela comunicação na percepção do desaparecimento da dor pela expressão do doente “já estou mais aliviado” e de uma avaliação de 8 na escala analógica de dor para 2. Foi difícil enfrentar esta realidade, pois não tinha consciência de tal dependência. É certo que está presente que a monitorização não pode ser considerada como recurso principal na abordagem ao doente, mas sim um complemento da recolha de informação. E, está intrínseco à nossa prática tal facto, de tal modo que a defendemos diariamente. Agora, tomar consciência da dependência do monitor, provocou um sentimento de revolta que proporcionou uma procura constante de meios e estratégias para superá-la. E, foi no contacto com o doente/família pela análise da comunicação tanto Verbal como Não Verbal, que fui crescendo tomando consciência do que era um não problema para um problema em resolução. Hoje considero, uma dificuldade em resolução que faz crescer todos os dias tornando-me mais enfermeiro.

O Módulo de Cuidados Intensivos foi encarado como uma possibilidade de enriquecimento pessoal e profissional tendo por base o doente crítico alvo de queimadura. Certo que a prática diária em cuidados intensivos facilitou a integração na construção do plano de cuidados tendo como foco o doente alvo de queimadura. Tal facto permitiu reflectir diariamente, conjuntamente com a enfermeira tutora na gestão e organização dos cuidados aplicando conceitos da minha prática diária e de conhecimentos adquiridos no desenrolar desta formação pós-graduada às especificidades dos indivíduos. Estes conhecimentos foram indubitavelmente uma mais-valia no conhecimento das particularidades da prestação de cuidados à pessoa/família nestas circunstâncias.

Em contrapartida a realização do Módulo de opção na Unidade de Convalescença, tornou-se um desafio, os doentes que tive oportunidade de cuidar manifestavam necessidades que não se encontram nas pessoas a quem presto cuidados diariamente. O facto de já não necessitarem de cuidados de enfermagem numa fase aguda da doença,

mas sim de readaptação/reabilitação fez com que tivesse que enfrentar novos desafios e recordar abordagens trabalhadas na Licenciatura. Mas tendo, nesta fase, que prescrever e implementar intervenções de enfermagem avançada, apoiado na teoria leccionada na componente teórica.

O facto de ter que trabalhar focos de enfermagem como auto-cuidado e adesão ao regime terapêutico, estes os mais frequentes, permitiu desvendar lacunas na actividade diagnóstica. É certo que o Processo de Enfermagem é idêntico em diferentes contextos da prática, contudo a avaliação inicial acaba por ser fundamental para a sua implementação. Aqui é que encontrei as maiores dificuldades, essencialmente na identificação das necessidades que necessitavam de planos de intervenção. Foi então este o primeiro aspecto a ser trabalhado juntamente com o orientador e os enfermeiros do serviço, ser assertivo na identificação das necessidades do doente e família.

Na minha prestação de cuidados directa ao doente/família, fui identificando necessidades e actuei no sentido de as colmatar. Tal facto permitiu reflexões, nomeadamente, de como o enfermeiro EEMC pode fazer a diferença na intervenção, junto do doente no contexto de Unidade de Convalescença. Foi este perceber em que medida podia fazer a diferença, num serviço que está vocacionado para a reabilitação/readaptação da pessoa, que procurei crescer. Assim decidi juntamente com o tutor e a orientadora trabalharmos o fenómeno Regime Terapêutico. Contudo, penso que a pratica especializada do enfermeiro EEMC não se encerra neste fenómeno, pode intervir em áreas como o controlo de infecção, úlceras de pressão, stress do prestador de cuidados, dor, entre outros.

1.1. - PARTICULARIDADES DA COMUNICAÇÃO AO LONGO DO ESTÁGIO

Na certeza que nestas dinâmicas entre os profissionais de saúde, família e doente centro de todas as actividades, competências de comunicação e relacionamento foram necessariamente desenvolvidas. Demonstrando **conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura; capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, bem como comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

Ao longo do estágio relacionei-me com os enfermeiros, outros membros da equipa multidisciplinar e o doente/família. Esta diversidade de indivíduos com quem o enfermeiro tem de comunicar, colocam algumas dificuldades tanto a estes profissionais como aos outros elementos da equipa de saúde, assim como ao doente/família. Deve, então o enfermeiro adaptar-se a cada elemento no sentido de tornar a comunicação efectiva, desde o médico, passando pelo assistente operacional e aos técnicos de saúde com quem se relaciona no desenrolar da sua prática. No contacto com o doente deve o enfermeiro descodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem enviada por este. Para tal deve utilizar adequadamente técnicas de comunicação interpessoal. Por exemplo na tradução de terminologia técnica tanto profissional / doente/família como família/doente / profissional (Simões, 2002).

Na comunicação de âmbito profissional é de mencionar a interdisciplinaridade da RNCCI, fez com que tenha pela primeira vez trabalhado numa equipa multidisciplinar para lá do médico, assistente operacional e enfermeiro. Isto é, o Plano Individual de Intervenção do doente é realizado em reunião da equipa. Esta pode ser informal, como sucede na Passagem de Turno do turno da Noite para a Manhã, em que o Médico está presente, bem como na reunião semanal com a Equipa Coordenadora Local (ECL).

Na reunião estão presentes, da ECL médico, enfermeiro e assistente social; da Unidade de Convalescença o enfermeiro chefe, o médico e o assistente social. É efectuada uma avaliação individualmente a cada um dos doentes e são tomadas decisões em equipa referentes ao Plano Individual de Intervenção. Com esta formalidade existe a troca de informações com a Equipa Coordenadora Regional (ECR) e Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, permitindo um intercâmbio de informação que possibilita o conhecimento em rede dos doentes inseridos na RNCCI.

Ao longo da prestação de cuidados as estratégias utilizadas na tentativa de realizar uma comunicação eficaz, foram: ouvir as pessoas, demonstrando e repetindo o que a pessoa nos diz; dar o feedback, estabelecendo um juízo positivo ou negativo, mediante o contexto da comunicação; informar a equipa, pois está mais que evidente que as equipas mais bem-sucedidas são aquelas que as informações são compartilhadas, tendo sempre presente os limites da transmissão da informação, essencialmente na que se refere ao doente/família. Esta deve ser objectiva no sentido em que deve versar somente a resolução do problema.

Foram encontradas algumas barreiras na comunicação, colmatadas ao longo do estágio. Como considera Simões (2002) são factores que interferem na comunicação em enfermagem o não saber ouvir, a falta de transparência, os interfaces no trabalho na enfermagem. Contudo foram criadas estratégias para ir colmatando estas dificuldades/constrangimentos, nomeadamente, as referidas anteriormente.

Tendo por base estas premissas, com o objectivo de clarificar a informação, foi proposto juntamente com a colega de estágio, e apresentado ao Senhor Enfermeiro Chefe da UQ/UCE, um Guia de Acolhimento à Família (Anexo V). Este irá servir como um dos instrumentos para clarificação da informação junto da família/pessoas significativas. A sua necessidade reside no facto de não existir na unidade um Guia de Acolhimento específico.

Não se pode considerar uma comunicação eficaz sem uma escuta atenta e interessada. Quando o receptor não ouve cuidadosamente ocorrem problemas na descodificação, levando por vezes a interpretações da mensagem erradas (Simões, 2002). Durante o estágio para além da linguagem verbal valorizei a descodificação da linguagem não verbal, pois esta mostra-se como elemento regulador no processo de interacção com o outro. Assim, no processo de comunicação preoquei-me em ouvir, ler e observar.

É importante saber ouvir, contudo não mais importante é ser claro, ser transparente, na transmissão da mensagem. Podemos efectivar a forma clara da transmissão da mensagem através da sua objectividade, proporcionando um clima de confiança e credibilidade. Devesse procurar, assim, uma comunicação assertiva por geralmente esta ser aquela que esclarece o significado das afirmações feitas pela pessoa, evitando armadilhas frequentes na comunicação, que são responsáveis por ressentimentos, mágoas e atitudes de defesa. É pois, um comportamento assertivo que proporciona ao indivíduo expressar-se de forma directa, honesta e não infringindo os direitos do outro (Simões, 2002).

1.2 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Este não infringir o direito do outro, leva-me à percussão da **tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas**. Nos diferentes contextos em que desenvolvi este estágio as responsabilidades

éticas e legais têm particularidades prementes de serem analisadas. A liberdade da tomada de decisão dos profissionais sobre o cuidado ao doente deve em si ser garante da própria liberdade individual do doente. O garante destas premissas foi reflexo em toda a actividade ao longo do estágio, nos diversos contextos em que desenvolvi actividades.

Considera-se que o Modelo Principalista apresentado por Beauchamp e Childress em 1979, na obra *Principles of Biomedical Ethics*, é o mais aceite e aquele em que me fundamentei, onde os autores propõem quatro princípios a fim de orientarem a acção no campo das ciências da saúde e da investigação. São eles: o Princípio da Beneficência, o Princípio da Não Maleficência, o Princípio da Justiça e o Princípio da Autonomia.

O Princípio de Beneficência *“refere-se à obrigação moral de actuar em benefício dos outros, (...) impõe uma obrigação de ajudar os outros a promover os seus importantes e legítimos interesses”* (Beauchamp, et al, 1999: 246) e relaciona-se intimamente com o objectivo da moral, a procura do “bem-fazer”. Descodificando e aplicando à situação emergente, o doente deve receber o maior benefício possível como consequência da melhor qualidade dos cuidados prestados. Não é o facto de um cuidado ser urgente/emergente que são prestados cuidados de menor qualidade em detrimento do rápido acesso. Por exemplo, no decorrer da prestação de cuidados, a emergência de uma cateterização vesical nunca foi motivo para não respeitar a assepsia da técnica. Na unidade de queimados, o desconforto originado pelos meios de protecção individual (mascara cirúrgica, bata cirúrgica, touca e luvas esterilizadas) associadas a temperaturas que rondavam os 20° C na unidade do doente, não foi motivo para quebrar a assepsia. Assim, como ao longo das actividades desenvolvidas a minha intervenção teve sempre por base a discussão para a orientação das melhores actividades para o doente/família junto do enfermeiro tutor e dos enfermeiros do serviço.

O Princípio da Não Maleficência obriga a não fazer mal, a não provocar dano de modo intencional. *À priori*, este princípio parece mais vinculativo do que o anterior, parecendo de certo modo evidente que não fazer mal a alguém é prioritário e mais importante do que promover um determinado bem, todavia a realidade é bem diferente. A articulação destes dois princípios é frequentemente difícil, havendo necessidade de uma análise cuidadosa de cada situação. Em contexto de SU, pela tipologia de doentes a que ele acorrem, são locais onde os riscos inerentes aos cuidados são por si elevados, próprios da actuação em urgência/emergência. Contudo a decisão da sua prestação com

segurança e qualidade, depende particularmente da decisão pessoal, tendo sempre presente que a demora do diagnóstico e do tratamento não pode ser factor de agravamento nas patologias sub-agudas ou em situação de risco de vida eminente. Neste sentido, sempre que considere que não prestaria um determinado cuidado com segurança e qualidade necessária, solicitava a colaboração de outro elemento da equipa, capaz de o fazer respeitando estes dois princípios. Exemplo disso foi a cateterização de veia periférica em doente em manobras cardio-respiratórias, em que solicitei a realização deste cuidado a outro membro da equipa. Bem como na Unidade de Queimados, a decisão de qual o melhor tratamento a instituir à ferida originada pela queimadura, também era solicitado acompanhamento na decisão. Contudo em contextos, onde a emergência do cuidado não é considerada, levou-me a outras situações que considero pertinentes referir, como as intervenções junto de doentes com prótese total da anca, muito presente na Unidade de Convalescença, onde não estando preparado para efectuar um ensino eficiente quanto aos auto-cuidados levantar, sentar, deitar pedia a colaboração de outro elemento da equipa mais capaz.

O Princípio da Autonomia, como o próprio nome indica, refere-se à auto-regulação da pessoa humana, ao respeito pelas escolhas e decisões verdadeiramente livres, isto é, conscientes e sem qualquer espécie de coacção. A pessoa deve ser capaz de compreender os factores em jogo para poder decidir em liberdade. Os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia dos indivíduos, o que implica *“como mínimo, assumir o seu direito a ter opiniões próprias, a eleger e a realizar acções baseadas tanto nos seus valores como nas suas crenças pessoais.”* (Beauchamp, et al, 1999: 117)

Na prática este princípio encontra-se, essencialmente, na base da necessidade de um consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde e que precedeu sempre a nossa prestação de cuidados, salvo nas situações em que o doente estava inconsciente. Este princípio contradiz a atitude tradicionalmente paternalista dos profissionais de saúde e a correspondente atitude de submissão dos doentes relativamente às decisões que lhes dizem respeito neste âmbito, considerando uma atitude de maior responsabilização do doente pelas suas escolhas em matéria de saúde. Esta responsabilização está evidente quando a RNCCI pressupõe critério de admissibilidade na rede a assinatura de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido pelo doente ou pela família, co-responsabilizando-os pelo tratamento.

O Princípio da Justiça refere-se à aplicação de conceitos de equidade, mérito e titularidade, usados por diversos filósofos a fim de explicar a justiça. O termo “justiça distributiva”, usado frequentemente para definir este princípio, significa uma *“distribuição igual, equitativa, e apropriada na sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social”* (Beauchamp, et al, 1999: 312).

No campo das ciências da saúde, o sentido deste princípio preenche os problemas relativos à distribuição equilibrada dos recursos existentes (materiais, humanos, sociais, etc.) e os critérios que lhe subjazem. O Sistema de Triagem de Manchester (STM), é precursor deste princípio, pois estabelece uma prioridade, transmitindo justiça no atendimento. Onde são tratados primeiro aqueles que sofrem de patologias com mais risco de vida e/ou de agravamento do quadro clínico. O mesmo está presente na admissão do doente queimado em unidade de queimados, que segue recomendações, que mostram e encerram em si equidade no acesso, gerindo de forma sistematizada e cientificamente comprovada de quais os doentes que mais beneficiam com o internamento nesta tipologia de unidades diferenciadas. Exemplo é também a RNCCI que assenta na equidade de recursos, libertando os hospitais de agudos de doentes que terão mais ganhos com a inclusão na rede.

Frequentemente mais do que um dos princípios está envolvido e a sua articulação nem sempre é fácil. As decisões de saúde a tomar pelos profissionais de saúde provocam alguma controvérsia, mas têm sempre de ser analisadas tendo por base as situações concretas. As análises não podem ser só consideradas na prestação directa de cuidados, mas têm que ser vistas como transversais ao serviço, à instituição bem como ao Sistema Nacional de Saúde. Desde o prestador de cuidados, passando pelo gestor intermédio, o gestor de topo até aos responsáveis políticos, têm de ser incluídos na discussão dos problemas.

1.3 – GESTÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM, CONSIDERAÇÕES

Esta transversalidade dos cuidados, coloca a necessidade dos enfermeiros em geral e dos enfermeiros especialistas em particular de possuírem conhecimentos globais desde a prestação até à liderança e gestão dos cuidados. Ao longo do estágio, nos diferentes

módulos foi intuito **conhecer os diferentes instrumentos de gestão e de liderança dos serviços**. Em particular na área da prestação de cuidados especializados em EMC.

Na consecução deste objectivo/competência, realizei entrevistas estruturadas com os diferentes Enfermeiros Chefes, em que foram abordadas questões desde a gestão de recursos humanos, passando pela gestão de recursos materiais bem como discussão de necessidades onde intervir. O resultado das entrevistas está exposto no Anexo VI. É impossível transcrever a riqueza do conteúdo das respostas, visto que foram tão amplas e abordaram tantos aspectos. Contudo, arrisco-me a evidenciar alguns pontos das particularidades dos serviços. Necessariamente tendo por base instituições da responsabilidade directa do Serviço Nacional de Saúde e outra da responsabilidade do terceiro sector, neste caso de uma Misericórdia.

No desenrolar das entrevistas e em resposta às questões, tive a percepção de como é liderar uma equipa de enfermagem e gerir toda a logística para a prestação de cuidados de saúde. Tendo por base as particularidades de um Serviço de Urgência, de um Serviço de Cuidados Intensivos do sector privado e uma Unidade de Convalescença da RNCCI, neste último também a Direcção Técnica, visto que o Enfermeiro Chefe acumula esta função. Em todos os serviços a delegação de funções, é uma estratégia utilizada por todos os gestores. Como referem Hersey e Blanchard (1986) no que concerne ao que deve ser delegado, são funções que outros farão mais rapidamente ou sem tanto prejuízo pela perda de tempo. Contudo, os mesmos autores referem que, na delegação é necessário ter em conta alguns aspectos a quem realiza as intervenções delegadas, como motivação, confiança, conhecimento do trabalho a ser delegado, habilidades para realizar o trabalho e experiência na execução de trabalhos semelhantes.

No SU o número de enfermeiros é elevado, logo a delegação é fundamental e é realizada pelos enfermeiros especialistas que se encontram a realizar horário fixo das 8h às 15h30m, bem como pelos Coordenadores de Equipa. A logística associada aos recursos materiais é exemplo disso, o facto de participarem a Enfermeira Chefe, os Coordenadores de Equipa e os Enfermeiros, permite uma responsabilização de todos pelo funcionamento do serviço.

Na Unidade de Convalescença a delegação de funções, assenta na gestão da prestação de cuidados, sendo a gestão de materiais da responsabilidade do Enfermeiro Chefe.

Explica-se pelo facto de ser um serviço de menor magnitude, em que a dotação de enfermeiros não permite disponibilizar recursos alocados à prestação directa de cuidados para procedimentos de gestão, ficando estas a cargo do Enfermeiro Chefe. Contudo este também exerce acompanhamento dos planos de intervenção propostos pela equipa de saúde, tanto com a sua presença na passagem de turno, como na reunião semanal com a ECL.

Em contexto de cuidados intensivos numa unidade hospitalar privada, a delegação é considerada fundamental na consecução dos objectivos da organização. O facto do Enfermeiro Chefe ter sob a sua responsabilidade dois serviços torna premente o delegar funções operacionais do serviço. O papel é assumido por enfermeiro que se encontra na unidade em horário fixo das 8h às 16h em dias úteis, bem como nos enfermeiros que assumem o papel de responsáveis de turno nos demais horários. A logística associada aos recursos materiais é sinónimo disso, estando repartidos pelo enfermeiro responsável pela unidade e pelos responsáveis de turno permitindo também uma responsabilização pelo consumo de materiais.

Nos diferentes serviços, percebe-se que a delegação é fundamental tanto para a responsabilização dos profissionais como para uma optimização dos recursos. Torna-se premente a sua análise, em tempos em que se encontra na ordem do dia a eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Sinónimo é o facto de em duas instituições como a Unidade de Convalescença e Unidade de Queimados os Enfermeiros Chefes acumulam funções, um a Direcção Técnica e outro a Chefia de dois serviços.

Outra questão de relevo prende-se com a avaliação dos profissionais, que é vista pelos Enfermeiros Chefes como um momento de crescimento do indivíduo. É participativa e contínua. Participativa no sentido em que no momento de avaliação individual de cada elemento é realizada uma reflexão com o enfermeiro na presença do Enfermeiro Chefe e no caso do SU do Coordenador de Equipa. A análise do desempenho do enfermeiro, nos diferentes serviços tem por base a discussão dos objectivos do avaliado versus a missão e valores do serviço/organização, numa perspectiva construtiva tanto para o avaliado, avaliador e organização.

Como refere Balbueno (2004:59) citando Soares (1997) a avaliação de desempenho na enfermagem visa *"melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;*

melhorar a organização e o funcionamento dos serviços de enfermagem assim como desenvolver as capacidades e potencialidades do enfermeiro; e contribuir para valorização pessoal e profissional do enfermeiro". Tem por objectivos adequar o indivíduo às funções que desenvolve, orientar para formação, decidir promoções, melhorar as relações de trabalho, auto-desenvolvimento, identificar o potencial do indivíduo, estimular o aumento de produtividade, conhecer o desempenho organizacional, estimular o avaliado, decidir transferências e demissões de funcionários (Chiavenato, 2000 in Balbueno, 2004).

Ao longo do estágio juntamente com os enfermeiros tutores fui detectando necessidades, relacionadas com o doente/família em situação de doença crítica e doença crónica. As entrevistas com os Enfermeiros Chefes foram momentos para discutir quais aquelas que mereciam ser trabalhadas na perspectiva de otimizar cuidados de enfermagem de qualidade. Isto é, aquelas em que seriam úteis para os diferentes serviços e que iam de encontro com os objectivos de estágio. É certo que outras, por não terem tanta pertinência não foram alvo de intervenções formais, contudo despertaram interesse para enriquecimento pessoal e profissional, o que nos leva a reflectir sobre elas.

1.4. - DA EVIDÊNCIA A UMA PRÁTICA AUTÓNOMA

O ponto de partida teve sempre por base as intervenções autónomas do enfermeiro, na perspectiva de as analisar segundo evidências mais recentes, contextualizando-as à realidade dos serviços. Além do meu desenvolvimento pessoal e profissional foi intuito modificar comportamentos ou pelo menos deixar contributos para que a mudança tenha lugar. Procurando **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; participar e promover a investigação em serviço na área da EMC; bem como promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

Ao **reflectir na e sobre a prática, de forma crítica**, procurei analisar os protocolos existentes no SU desde as Vias Verdes Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e Trauma bem como o Protocolo do Sistema de Triagem de Manchester (STM).

Neste último é pertinente realizar uma abordagem mais precisa, tendo em conta que o protocolo de triagem é a base para toda a operacionalização do circuito de doentes no SU. Segundo o Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) no Livro Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes, é o sistema de triagem mais utilizado em Portugal.

Tem origem na cidade Britânica de Manchester em 1994, mas só em 1997 se iniciou a sua utilização em ambiente hospitalar. Torna-se o Sistema de Triagem de eleição no Reino Unido. A Portugal chega no ano 2000, tendo iniciado a sua implementação no Hospital Geral de Santo António (hoje pertencendo ao Centro Hospitalar do Porto) e Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra). A necessidade de creditação e autorização dos autores do Sistema de Triagem, bem como a formação de formadores e posterior de utilizadores do sistema, cria a necessidade da criação do Grupo Português de Triagem em 2001. (Freitas, et al, 1997; Grupo de Trabalho de Urgências, 2006; Teixeira, 2006)

O objectivo do STM é realizar uma triagem de prioridades identificando critérios de gravidade objectivos e sistemáticos, no sentido de estabelecer uma determinada cor, que pressupõe um determinado tempo até observação médica. Contudo é sempre referido pelos autores que não se trata de realizar diagnósticos. Esta fase inicial da admissão do utente ao SU, deve ser realizada o mais rapidamente, existindo mesmo a indicação do reforço do grupo de triadores se mais de 10 utentes em espera para triagem. (Freitas, et al, 1997; Grupo de Trabalho de Urgências, 2006; Teixeira, 2006; Nunes, 2003)

A metodologia do STM pressupõe a selecção, a partir da queixa inicial do utente, de um dos 54 fluxogramas de decisão. Pós selecção do fluxograma este estabelece questões e respostas concretas (com a definição exacta dos termos) que são os denominados “discriminadores” e perante o discriminador relevante (igual a pergunta do algoritmo que tem resposta positiva) é atribuída a cor/prioridade clínica. O utente é então classificado em 5 categorias que definem o tempo para atendimento médico. De referir que a qualquer momento o utente poderá ser re-triado e ser reconsiderada a sua prioridade (Freitas, et al, 1997; Grupo de Trabalho de Urgências, 2006; Teixeira, 2006).

Neste SU no decorrer da atribuição da prioridade de atendimento através do STM, o enfermeiro tem que, mediante protocolos da instituição, activar Vias Verdes (Via Verde da Sépsis, Via Verde de Trauma, Via Verde Coronária e Via Verde AVC). Cada uma

possui protocolos/roteiros com critérios mais ou menos específicos para a sua activação. Quem realiza a activação (ou, confirma activação, se esta foi realizada pelo CODU/INEM) é o enfermeiro na triagem. Dependendo da Via Verde activada o doente é alocado a diferentes áreas, independentemente da prioridade atribuída pelo STM (Via Verde Sépsis, Via Verde AVC e Via Verde Trauma os utentes são alocados à sala de emergência; Via Verde Coronária o utente é alocado à Área Laranja).

No Reino Unido o papel de triador é atribuído ao enfermeiro. Na realidade portuguesa esse papel é atribuído ao enfermeiro/médico, quando é realizado pelo primeiro é sob orientação médica (Grupo de Trabalho de Urgências, 2006). Certo é que no caso do SU do HSJ, o papel de triador é inteiramente do enfermeiro. Para ser triador o enfermeiro é sujeito a um processo de formação, que lhe atribui competências para triar.

Surgem então algumas questões que considero pertinente reflectir. Associadas, ao STM propriamente dito, bem como ao papel do enfermeiro na triagem e ao facto deste ser o primeiro profissional de saúde que entra em contacto com o utente e família.

Aceite por todos são os benefícios do STM, muito em comparação com o que era realizado anteriormente. Isto é, passamos de uma triagem realizada por pessoal não clínico (administrativo, porteiro) em que o atendimento era realizado por ordem de chegada, para um atendimento personalizado pelo enfermeiro em que define baseado num algoritmo médico, prioridades e consequente tempo de espera. Contudo, será que este trabalho interdependente e que resulta em última análise de uma prescrição médica, não pode incluir actividades autónomas do enfermeiro?

No decorrer do estágio acompanhei alguns processos de triagem. Ao longo destas horas de trabalho observei e reflecti com os enfermeiros triadores, permitindo ter uma percepção, exígua, do que é o STM no contexto deste SU. É pois, a base de todo o atendimento no serviço, desde o sistema informático, até a organização física da urgência (diferentes áreas físicas identificadas com o nome das cores atribuídas no algoritmo). Como algoritmo, pressupõe-se que este vá evoluindo ao longo dos diferentes fluxogramas. Pelo que foi observado os enfermeiros triadores possuem análise e reflexão dos discriminadores, transformando este processo, num processo de prática avançada de enfermagem em que a reflexão crítica e a proactividade proporcionam um atendimento mais eficaz ao doente.

Considero que tal momento pode constituir-se como uma oportunidade de ter a enfermagem mais presente. Deve ser um momento ímpar para uma avaliação inicial de enfermagem, onde o enfermeiro pode identificar status sensíveis aos cuidados de enfermagem. Como por exemplo o risco de aspiração, o risco de queda, gestão inadequada do regime terapêutico, stress do prestador de cuidados, entre outros. Estes foram aqueles que fui identificando, enquanto observava o processo de triagem. Ao longo destes momentos fui sugerindo aos enfermeiros em incluir dados sensíveis aos cuidados de enfermagem, na triagem. A receptividade não foi evidente, pois estes referem o curto espaço de tempo, contudo penso que ficaram despertos para a sugestão.

Porém quis ir mais longe, considerando que a organização da forma de realizar os registos de enfermagem, desde a triagem (admissão) até há alta devia ser trabalhado. Aproveitando o facto de o enfermeiro chefe estar desperto para o problema, tentei propor soluções.

1.4.1. – REGISTOS DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DE SERVIÇO URGÊNCIA

O que encontrei, no que concerne aos registos de enfermagem, simplesmente traduziam a informação médica do problema do doente e era praticamente inexistente a relacionada com a intervenção autónoma da enfermagem. Neste sentido, e tendo por base já esforços realizados pela Senhora Enfermeira Chefe e por sua sugestão, propus realizar juntamente com a colega de estágio, um projecto de intervenção no sentido de colmatar/melhorar os registos de enfermagem realizados pelos enfermeiros (Anexo VII), **desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a prestação e formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica e realizar a gestão dos cuidados na área da EMC.**

Leal (2006), exalta a importância dos registos considerando que estes constituem um instrumento básico de enfermagem indispensável no processo de cuidados ao doente e família/pessoas significativas. Estes constituem alicerce na delineação, desempenho e avaliação dos cuidados prestados aos doentes, para que estes possam ser individuais, contínuos e progressivos, permitindo autonomia e responsabilidade dos Enfermeiros, dando visibilidade ao trabalho realizado.

Na percurssão deste trabalho, foi sugerido um roteiro clínico. Como considera Zander (2002), este entende-se por, métodos para planear de forma colaborativa, desenhar e avaliar e documentar os cuidados, processos e resultados num conjunto de intervenções a seguir. Traduz-se pelo documento que anexeí ao Projecto de Intervenção, em que propusemos para determinados focos as intervenções do enfermeiro a registar no sentido de otimizar o tempo que em contexto de urgência é escasso. Apesar de minimalista, após reflexão e trabalho por parte dos enfermeiros do SU, irá traduzir-se num documento único, de onde surgirão uma multiplicidade de oportunidades para a enfermagem, desde a investigação até à implicação desta na prática.

Através da análise de alguns episódios de urgência anteriores de doentes que apresentavam elevado número de episódios de urgência, verifiquei que os registos de enfermagem não diagnosticavam os problemas e não descreviam as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os registos realizados pelos enfermeiros eram diminutos e reflectiam somente atitudes interdependentes, nomeadamente, o registo das colheitas de espécimes, administração de medicação, avaliação de sinais vitais e a anamnese referia dados médicos, acabando por repetir informação já colhida.

Numa perspectiva de melhoria da qualidade da prestação de cuidados, através da análise de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, também a Enfermeira Chefe deparou-se com o facto de os enfermeiros efectuarem registos pouco sensíveis à intervenção. Neste sentido, sugeriu então, que se realizasse um Projecto de Intervenção com o objectivo de melhorar a informação de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de outros aspectos que considerou pertinentes, relacionados com o doente e relativos aos registos de enfermagem.

Cada vez mais os programas de melhoria da qualidade estão a ser vistos como instrumentos fundamentais para uma melhor prestação de cuidados de saúde. Prova disso é o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais pelo extinto Instituto de Qualidade em Saúde, lançado em 1999, bem como os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, editado em Setembro de 2002. Os projectos dependem da identificação de informação, factor importante na avaliação da qualidade hospitalar. A informação poderá ser transformada, e apresentada em forma de indicadores, sendo estes reflexo da medição

de processos, dos resultados ou mesmo da estrutura organizacional da instituição de saúde (Pereira, 2009).

Durante o processo de implementação dialoguei diversas vezes com os enfermeiros do serviço no sentido de promover o registo de informações relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem. Os registos de enfermagem são o reflexo do nosso trabalho, se eles são inexistentes ou incompletos, não conseguiremos avaliar para melhorar a nossa prestação de cuidados. É um facto, que os enfermeiros efectuem registos, mas terão a qualidade e pertinência que se espera? Esta questão faz todo o sentido, essencialmente num SU. No sentido de alertar os enfermeiros e iniciar a mobilização da equipa para o desenvolvimento do trabalho, a estratégia utilizada foi através de sessões de esclarecimento, conforme descrevemos no Anexo VII.

Sentimos constrangimentos na percussão de tão ambiciosa actividade. O que mais se destacou foi o pouco tempo disponível, pelo facto de a necessidade ter sido identificada a meio do período de estágio. Mas, outras barreiras surgiam, nomeadamente, as alterações introduzidas no trabalho sugeridas para colmatar as necessidades sentidas pela Enfermeira Chefe (Serviço), como as orientações propostas pela Orientadora (Universidade). Momentos de elevada pertinência que tornaram o trabalho tão importante e ímpar. Tais dificuldades e constrangimentos, enriqueceram a prestação e serão também um reflexo no futuro da consecução de cuidados, neste serviço. Disto temos convicção, pela aceitação das propostas pelos enfermeiros sensibilizados no decorrer das actividades, não existindo dúvidas da continuidade deste projecto.

Baseamos a nossa intervenção em autores como Pereira (2005) e Pereira (2009), demos a conhecer ao Serviço o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. A este trabalho é reconhecida pertinência e necessidade, sendo evidente quando a Ordem dos Enfermeiros emana documento, intitulado “*Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*”, que teve como base trabalhos referidos anteriormente. Este documento da Ordem dos Enfermeiros, foi divulgado por todas as equipas, ficando uma cópia em cada uma das capas referentes aos assuntos de cada uma das cinco equipas.

1.4.2 – REGIME TERAPÊUTICO, CONSIDERAÇÕES PARA A PRÁTICA

Sendo um dos fenómenos considerado por Pereira (2009) e introduzido no seu Resumo Mínimo de Dados a Adesão ao Regime Terapêutico, mereceu especial interesse. O desenvolvimento da reflexão assente nesta temática, permitiu **desenvolver consciência crítica para problemas da prática profissional, relacionados com o cliente e família, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica e profissional avançada.**

No decorrer do estágio no módulo de Urgência/Emergência, foi observado que existiam alguns doentes que recorriam ao SU por agudização de doença crónica (Diabetes Mellitus, Doentes Pulmonares Obstrutivos Crónicos, Doenças Cardiovasculares, Artrite Reumatóide). Ao realizar uma avaliação preliminar deparei-me, que na grande maioria dos casos, o status da vinda ao SU estava relacionado com agudização da patologia associado ao Autocontrolo ineficaz da saúde (Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde (NANDA, 2009). Pois verificou-se que doentes em processos de doença crónica apresentavam: escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde; expressavam dificuldade com os regimes prescritos, muito associados a factores sociais e cognitivos; falhavam em incluir regimes de tratamento à vida diária (NANDA, 2009).

Indivíduos portadores de doença crónica, manifestam dificuldades no cumprimento dos seus planos terapêuticos. Tanto pela inadequada instrução, como pelo não cumprimento dos seus deveres como pessoa doente. No ultrapassar destas dificuldades, na procura da melhoria da sua condição, visando uma adequada qualidade de vida, os enfermeiros têm que assumir um papel mais pro-activo, promovendo momentos de aprendizagem, tanto na preparação para o regresso a casa, como no acompanhamento em casa. (Silva, 2008)

Considerando o papel fulcral do enfermeiro na abordagem ao doente com doença crónica, é importante fundamentar o seu papel promovendo uma enfermagem avançada, baseando-se nas respostas humanas como objecto dos cuidados. As respostas humanas têm origem num determinado acontecimento que acaba por induzir um processo de transição saúde-doença.

Neste contexto interessa trabalhar o conceito de transição, num processo de saúde-doença. Considerando que o processo de cuidados tem início com a identificação das necessidades vitais e pela procura de como lhes dar resposta é importante conhecer o que reveste o processo de saúde-doença e compreender o que este significa, isto é, descodificá-los, procurando o seu sentido tendo em conta a pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida e as suas actividades (Collière, 1999).

Chick e Meleis (1986:239) expressam que *“a transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”*. Esse processo exige que o ser humano utilize mecanismos ou recursos de suporte, que poderão estar ou não disponíveis aquando da adaptação.

A transição de saúde-doença ocorre quando há alterações na condição de vida saudável. Estabelece-se uma condição de doença, em que a pessoa enfrenta uma nova realidade, com mudanças na sua vida, às quais tem de se adaptar. As transições recaem assim no domínio da enfermagem, tendo por base um processo dinâmico de saúde-doença. Murphy (1990) refere que o papel do enfermeiro pode ser precoce, principalmente quando ocorrem alterações, no ciclo vital da pessoa, que vai experimentar uma transição. O conceito de transição é central no domínio da enfermagem.

Para Meleis (1997: 108) transição anuncia uma mudança no estado de saúde, alterações dos papéis e modificações nos padrões das necessidades de todos os seres humanos, pois *“a transição requer que o ser humano incorpore um novo conhecimento, para alterar o comportamento e, portanto, mudar a definição de si no contexto social.”*.

A transição de saúde-doença, inclui processos como mudanças súbitas de papel, as quais resultam ao mover-se de um estado de saúde para o de doença aguda, de bem-estar para doença crónica ou cronicidade (Meleis, 1997). O estado de saúde dos indivíduos é um desafio para os enfermeiros. Assim, tentam capacitar os indivíduos para serem suficientes a responder às necessidades em saúde, por forma, a que as transições sejam vividas ou ultrapassadas da melhor forma.

Ao experimentar um processo de transição a pessoa, numa primeira fase, tem de tomar consciência da situação, tem de perceber que está a experimentar um processo de transição. No caso da condição de saúde doença a pessoa tem de ter consciência que se

instalou uma doença crónica. Numa fase seguinte, a pessoa tem de se envolver no processo de transição para lidar com isso. Então, o que significa para o portador de uma doença crónica, ser doente crónico? Após este envolvimento, em que a pessoa demonstra um comprometimento e tem noção da transição, é o momento, para instituir mudanças.

As transições ocorrem ao longo do tempo, no caso de uma situação de saúde doença, inicia-se no momento em que é diagnosticada a doença. É um processo, mais ou menos demorado, ao qual se podem associar os eventos críticos. Termina num período de adaptação há doença em que se restabelece a estabilidade. Se ocorrer um evento crítico, neste caso, uma agudização da doença com necessidade de idas ao SU, podemos mudar o sentido da evolução da transição, pois, sendo uma ocorrência não programada poderá melhorar a tomada de consciência da transição.

No que se refere ao conceito das transições Meleis (2000) acrescenta também o conceito de padrões de resposta em que há os indicadores de processo, denotando-se o envolvimento da pessoa, as suas capacidades e comportamentos na gestão do processo de saúde – doença e interacção, e, também, os indicadores de resultado, quando está concluída a transição, ou seja, o atingir da mestria.

O cuidado transaccional de enfermagem exige um modelo mais humanista, de totalidade do ser, da interdisciplinaridade, da relação pessoa a pessoa. A criatividade também é um requisito no cuidar. Neste tipo de cuidado sendo indispensável o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, o papel do enfermeiro, prende-se com o apoio à pessoa que vivencia uma transição, quando esta se depara com a necessidade de alteração de comportamentos, tendo sempre em conta os factores psicossociais.

As transições de saúde-doença podem estar ligadas a, por exemplo, experiências de doença e a eventos inesperados/críticos. Quem vivencia o processo de transição de saúde-doença responde de um modo diferente, quer relativamente a aspectos internos, quer externos, num dado momento. Neste domínio as transições recaem sobre o campo da enfermagem. O cuidado de enfermagem diferencia-se pela qualidade de cuidar da vida nas situações de saúde-doença, de pretender, pelo menos teoricamente, cuidar da pessoa, do ser humano, família, grupos e comunidade na sua integridade (Patrício, 1993). Sendo conhecedor destes padrões o enfermeiro pode avaliar, planear e colocar

em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica perante os eventos de transição saúde-doença tendo como objectivo atingir um equilíbrio.

No SU os enfermeiros podem e devem intervir neste sentido, aproveitando a procura de cuidados de saúde, para reverter o curso da transição. É certo que o tempo em urgência urge, contudo a intervenção terapêutica pode promover uma diminuição de readmissões pelo mesmo status, logo proporcionar melhor qualidade de vida ao doente crónico. Os enfermeiros cada vez mais se preocupam com o papel da promoção da saúde, desde a instalação do período de doença crítico. O evento crítico pode alterar as percepções individuais. Estudos feitos revelam que quanto maior a ameaça sentida de uma doença mais prováveis são os comportamentos preventivos. No entanto, quando é muito grave o cliente pode sentir uma ameaça incontornável e subsequente evitar o comportamento preventivo (Thelan, 1994). Ao definir estratégias com os clientes é necessário traçar objectivos para facilitar a percepção dos benefícios e das barreiras. Mas uma cuidadosa avaliação é importante, no sentido de perceber as práticas de saúde da pessoa portadora de doença crónica.

Proponho-me então analisar em que medida o motivo de vinda ao SU, sendo um acontecimento crítico, pode mudar o curso da transição saúde-doença, através da Adesão ao Regime Terapêutico. Com o objectivo de despertar no enfermeiro que desenvolve a sua actividade profissional num SU, e em mim, uma prática de cuidados orientada para tornar os episódios de agudização como o início de uma mudança no curso da doença, permitindo auxiliar essas pessoas a cuidar de si, ampliando o conhecimento em enfermagem e dando visibilidade à prática.

As concepções de saúde e de doença têm vindo a alterar a visão do Homem. Actualmente, voltamo-nos para uma visão mais holística, consciencializando-nos de que o Homem não é uma máquina programada para uma determinada actividade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) a saúde é um estado de completo bem-estar ao nível físico, social e mental, e não se refere apenas à ausência de doença. Assim sendo, necessitamos de encarar os cuidados de saúde para além do diagnóstico e tratamento. É primordial acompanhar a evolução, uma vez que, cada vez mais a população exige melhores condições de vida. Ao nível dos cuidados de saúde, há um maior acompanhamento, e melhores cuidados são também uma exigência da população. Todos estes factores contribuem para o aumento da esperança média de vida, resultando numa

população envelhecida, com aumento das doenças crónicas e consequentemente, das necessidades em saúde.

A enfermagem visa dar respostas a esta evolução nos cuidados de saúde. Muitas pessoas com o diagnóstico médico de doença crónica e cuidados médicos instituídos mantêm necessidades, derivadas das alterações que vivenciaram na sua vida, e necessitam de adquirir competências para viver com a doença com o qual se deparam. Os enfermeiros têm um papel primordial no auxílio à pessoa que experimenta este processo. (Ordem dos Enfermeiros, 2009a)

A OMS, citado em Ordem dos Enfermeiros (2009a:9) considera a Não-Adesão como *“um problema mundial de uma magnitude impressionante”*. No mesmo documento é considerado que a taxa de adesão ao tratamento dos doentes crónicos é, em média 50% nos países desenvolvidos e mais baixa nos países em desenvolvimento. Foi evidente ao longo do estágio, como já vimos, a multiplicidade de admissões no SU por Não-Adesão ao Regime Terapêutico, daí considerarmos a relevância deste diagnóstico de enfermagem neste contexto.

“Os enfermeiros com que o doente interage têm o potencial de influenciar as percepções acerca de práticas futuras (...)” (Thelan, 1994: 64) Neste sentido, é importante reflectirmos qual o papel do enfermeiro, que desenvolve prática de cuidados em ambiente de SU, perante um cliente que apresenta diagnóstico médico de doença crónica. *“Se o ensino de saúde, a modelação de papéis, a comunicação eficaz e cuidados de enfermagem de qualidade se combinarem na experiência do doente em estado crítico, pode ser que ele comece a identificar a continuidade do seu papel na manutenção da saúde à medida que progride a recuperação e que a alta se aproxima.”* (Thelan, 1994: 64).

É então premente trabalhar a motivação, numa perspectiva de pro-actividade, e assim de promoção da saúde. Neste contexto a Direcção Geral de Saúde (2005) considera que o tratamento está directamente dependente da vontade e da capacitação do doente para aplicar o controlo recomendado. Por esta razão, é fundamental a educação terapêutica do doente, de forma a poder melhorar as suas competências e capacidade para lidar com a evolução da doença. Cabe então ao enfermeiro potenciar estas interacções e fluxos de aprendizagem, como tentativa de a pessoa em situação de doença crónica os corrigir.

Modificando comportamentos, logo aumentando a adaptabilidade à nova situação de doença potenciando o aumento da qualidade de vida.

A Ordem dos Enfermeiros (2009a:10), inclui como prática holística da enfermagem relacionada às questões da adesão: *“Avaliar o risco de Não-Adesão; identificar os diagnósticos e motivos para a Não-Adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento.”*

Os cuidados de enfermagem situam-se na união daquilo que mobiliza as capacidades da vida, em relação com as incidências da doença. Têm por finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, para poder compensar as limitações ocasionadas pela doença ou situação. Iniciar um plano terapêutico, numa fase de agudização da doença crónica, poderá ser uma mais-valia para conseguir obter a colaboração do cliente para a sua recuperação e cumprimento de um regime terapêutico? Deixo a questão.

Novos desafios se apresentam à enfermagem, as necessidades da população em cuidados de saúde e a evolução da enfermagem, evidenciam a necessidade de uma resposta mais adequada. No que respeita a estratégias de intervenção, é essencial trabalhar as acções de natureza organizativa e de melhoria das práticas profissionais. O objectivo é para além da melhoria de todo o processo de identificação e acompanhamento da população em risco, o diagnóstico, tratamento, recuperação e controlo dos clientes com doença crónica, a melhoria dos resultados, em termos de ganhos de saúde e qualidade de vida das pessoas. Por muitos é considerado que é através dos registos de enfermagem que a continuidade/acompanhamento é possível, muito devido a eficácia deste tipo de comunicação em saúde.

Consciencializar é uma palavra-chave do cuidado, no contexto do processo transaccional. A consciência da mudança é fundamental para surgirem respostas para ultrapassar períodos de instabilidade e atingir o equilíbrio. O processo de crescimento e de tomada de consciência do ser humano, envolve as relações sociais. Torna-se prioridade para o cuidador-enfermeiro, no desenvolvimento do seu cuidado, respeitar a história, a cultura e o saber pré-existente da pessoa de quem cuida.

A não adesão ao regime terapêutico, de uma pessoa com doença crónica, pode considerar-se um problema com causas multifactoriais. Não podemos atribuir a responsabilidade apenas à pessoa, pois apesar de não podermos esquecer os aspectos relacionados, temos de ter presente, que há outros factores que afectam os comportamentos das pessoas e a sua capacidade de adesão ao regime terapêutico. Assim, durante a intervenção ao longo do estágio considerei factores relacionados com a interacção cliente/profissional, inerentes à própria doença e o seu tratamento tendo em conta o contexto social em que se insere. O meu papel foi explorar, de forma a compreender como os diferentes factores são relevantes na adesão ao regime, por parte do cliente para, mesmo em contexto de SU, intervir junto do doente na adopção de boas práticas futuras, por forma a promover a sua saúde. Mas será que a relação do enfermeiro com o cliente, em ambiente de serviço de urgência, pode interferir no resultado da adesão ao regime terapêutico?

Reflectindo sobre o conceito das transições e sua importância para a enfermagem, concluí que há muito que desenvolver, para intervir junto dos clientes, aquando os processos de transição e obtermos indicadores positivos dos resultados atingidos. A forma de avaliar e identificar indicadores é através dos registos realizados aquando o contacto com o doente. Para tentar optimizar uma futura colheita de dados, actuei no sentido de melhorar a qualidade dos registos, para assim conseguirmos ter uma intervenção contínua junto dos nossos doentes.

A reflexão efectuada, e aqui descrita, tornou-se útil pelo contributo no aprofundamento da problemática, em torno do portador de doença crónica. É difícil intervir junto das pessoas para apoiar no processo de transição. Reflectindo sobre a minha prática em contexto de SU de uma forma crítica, concluo que muito há para fazer. Dificuldades fazem parte da aprendizagem, ocorre uma valorização da problemática, tomada de consciência que leva à melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

Ao longo do estágio, fui reflectindo esta problemática com os enfermeiros do serviço no sentido promoverem um trabalho eficaz junto dos doentes crónicos, aproveitando a fase de agudização no SU. Com a divulgação junto dos profissionais do Catálogo CIPE “Estabelecer Parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”, penso ter disponibilizado um instrumento para estes incluírem na sua prática diária,

dando a conhecer intervenções específicas para colmatar estas necessidades dos doentes/famílias.

Na tentativa de consecução das intervenções surgiram dificuldades de como aplicar conceitos teóricos na prática diária da prestação de cuidados. Contudo a reflexão desta problemática proporcionou respostas a perguntas já pré-existentes e levantou muitas outras. Não podemos deixar de referir o esforço implementado, o qual foi extremo devido à motivação e interesse que a temática desperta.

A área abordada é muito vasta e de extrema importância. No fim do módulo ficou a noção que muito ficou por desenvolver, nomeadamente, testar formalmente intervenções dirigidas às necessidades do doente/família, na fase do período crítico. Mas despertou interesse, pois concluí que a Adesão ao Regime Terapêutico, além de ser de extremo interesse, faz todo o sentido, fazendo a associação aos conceitos que estão em torno da Enfermagem.

Considero que poderia ter ido mais longe, nomeadamente, sugerindo planos de intervenção. No entanto, devido ao tempo reduzido e só ter detectado esta necessidade numa fase avançada do estágio, não foi possível desenvolver mais este trabalho em contexto de urgência. Contudo, foi importante ter esta percepção, pois permitiu que no módulo de estágio desenvolvido na Unidade de Convalescença, esta problemática tenha sofrido uma abordagem mais sistematizada.

O Regime Terapêutico é um dos focos mais frequentes na Unidade. O enfermeiro assumindo o papel de gestor de cuidados tem a este nível um campo de intervenção muito vasto. Ao longo do estágio na Unidade de Convalescença apercebi-me que a adesão ao regime terapêutico é um aspecto valorizado, mas pouco sistematizado tanto nas intervenções como nos registos realizados, no sentido em que as intervenções não se direccionam com o objectivo.

No sentido de colmatar estas necessidades da equipa, foi realizada uma reflexão contínua com os profissionais ao longo do estágio, no sentido de estes alterarem comportamentos. Para me munir de mais conhecimento realizei uma pesquisa bibliográfica com o objectivo de Caracterizar o fenómeno Adesão ao Regime Terapêutico. O mesmo foi sendo utilizado para ir dando sugestões de intervenções e de

avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico, indo de encontro há **produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas saúde detectados.**

A adesão ao Regime Terapêutico define-se como *“a extensão em que um comportamento da pessoa coincide com a opinião médica ou de saúde”* (Gerber, 1986; cit por Thelan, 1994: 65). Esta implica um envolvimento activo e voluntário para produzir resultados terapêuticos.

Silva (2008), sistematizando enumera cinco factores e respectivos indicadores do fenómeno Adesão ao Regime Terapêutico: Relacionados com a Pessoa/Ser Humano (Idade; Percepção e identificação dos sintomas do problema de saúde; deficit de conhecimentos; estratégias para a adesão; crenças individuais; benefícios do tratamento; capacidade de adaptação e manutenção do regime terapêutico; a falta de compreensão do regime terapêutico; atitude perante o problema de saúde; motivação e força de vontade; o género; aspectos emocionais; o esquecimento); Relacionados com o ambiente (o stress; a família; suporte social; representação cultural da doença; qualidade da interacção entre o doente e o profissional de saúde; comunicação oral; a individualização); Relacionados com o sistema de saúde (a acessibilidade; responsabilidade da equipa; a competência; a continuidade; as características do sistema de saúde); Relacionados com o tratamento (complexidade do tratamento; ausência de resultados a curto prazo; efeitos secundários desagradáveis; duração do tratamento; não exigência de alterações aos comportamentos); Relacionados com o problema de saúde (grau de adversidade; situação aguda; presença de sintomas; incapacidade instituída pelo problema de saúde) (Silva, 2008: 50).

Descortinando os factores que podem influenciar a adesão Thelan (1994) enumera a alteração nos conhecimentos, a alteração na percepção, a inadequação do sistema social e também os défices no sistema de saúde. No que respeita à adesão ao regime terapêutico, muitas vezes, os factores psicossociais são determinantes, nomeadamente, as características das pessoas, as características das doenças e do tratamento, os factores interpessoais e o contexto social.

No que se refere ao indivíduo, as suas crenças ou cognições, idade, sexo e classe social podem ser, muitas vezes, preditivas de adesão. As crenças de saúde relativas a aspectos

como os sintomas e sua intensidade, os custos/benefícios e eficácia relacionam-se com o autocontrolo (Figueiras, 1999).

De um modo generalizado as crenças individuais para o tratamento assim como as características da doença, são mais relevantes na adesão do que as variáveis clínicas ou factores sócio-demográficos, tais como: sexo, idade, experiência educacional (Horne & Weinman, 1999).

No que respeita a factores relacionados com a doença e seu tratamento, Becker & Weinman, (1975) citado por Marks et al (2000), refere que a adesão depende do que a pessoa percebe sobre a gravidade da doença, a sua susceptibilidade há doença e quais os benefícios e obstáculos no tratamento. Neste sentido, Bishop (1994) refere-se à compreensão do regime do tratamento como primordial. Pois muitas das vezes há evidência de dificuldades, por parte dos clientes, de perceber a sua doença, as recomendações e o que se espera do tratamento.

No caso das doenças crónicas os tratamentos, por vezes, podem ser durante toda a vida e aí temos de perceber o contexto social do indivíduo e quais as implicações do tratamento no seu dia-a-dia. Respeitante às características de doença e aos factores de tratamento, podemos considerar que a gravidade da doença e os sintomas são factores determinantes na adesão (Miller, 1997 cit. por Marks et al, 2000). Assim, compreendem-se as maiores taxas de adesão nas doenças agudas e mais baixas nas doenças crónicas (Horne, 2000). A existência de sintomatologia é relevante no que a pessoa percebe da sua doença e também no comportamento a adequar. Autores como Bishop (1994), Brannon & Feist (1997) e Sarafino (2002), são consensuais no que se refere há influência de factores relativos ao tratamento. A duração, complexidade do tratamento e as alterações dos comportamentos de vida são aspectos influenciadores na não adesão. Ao enfermeiro cabe identificar o problema da não adesão ao regime terapêutico e ir de encontro às necessidades daquela pessoa, pois *“Em situações agudas a adesão tem probabilidade de ser mais elevada.”* (Ribeiro, 1998 cit. Sousa, 2005: 56). Ao contrário, quando se entra *“Na área da promoção da saúde a adesão tende ainda a ser mais baixa”* (Ribeiro, 1998 cit. Sousa, 2005: 56).

Para obtermos um grau de adesão elevado, as pessoas têm de compreender o que faz parte do tratamento, têm de ser informadas de forma clara. Muitas vezes, este processo

não ocorre da melhor forma. Vários autores descrevem determinados factores que interferem com a informação fornecida pelos profissionais, como é o caso de fornecer muita informação, num momento só, ocorrerem esquecimentos, entre outros. São os tratamentos mais curtos, simples e sem alterações significativas no seu estilo de vida, os que reflectem maior adesão.

Quanto ao regime terapêutico, é importante salientar que a complexidade do regime referente às mudanças no estilo de vida reflectem índices de adesão mais baixos, do que aquelas que se referem ao cumprimento do regime farmacológico. Aspectos que também se mostram influentes na adesão ao regime terapêutico são os custos e os efeitos secundários (Sarafino, 2002).

A relação do enfermeiro com o cliente pode ser um factor potenciador na adesão ao regime terapêutico. A enfermagem, mais uma vez, tem de assumir também um papel proactivo em vários domínios (cognitivo, afectivo, comportamental) e na aquisição de conhecimentos e competências seleccionando e usando os recursos mais adequados para intervir de forma dirigida a cada cliente potencializando assim melhores resultados. Assim, para que a influência dos profissionais encaminhe para mudanças positivas é necessário adequação à situação de cada pessoa que, ao mesmo tempo, deve aderir a essas recomendações (Brannon & Feyst, 1997).

A comunicação em saúde reveste-se de grande importância. A transmissão de informação adequada para os clientes responderem às necessidades da doença, influencia a forma como se confrontam com a sua doença e como gerem o seu regime terapêutico (Teixeira, 2004). O enfermeiro deve propiciar uma relação terapêutica, levando a um envolvimento por parte do cliente, na discussão de opções terapêuticas e adaptar o regime terapêutico para propiciar a adesão. Os comportamentos dos profissionais podem influenciar no autocontrolo. Na comunicação em saúde, a qualidade da informação bem como a adequação à pessoa, suas cognições e crenças são importantes.

O apoio social, revela-se de extrema importância, sendo dos factores psicossociais o que mais influencia na adesão. Assim sendo, é importante o profissional ter em consideração o contexto social, nomeadamente, a família (Bennett, 2002). Brannon & Feist (1997), consideram o apoio da família e amigos factor preditor de adesão,

principalmente, no que se refere, à adopção de estilos de vida saudáveis. A dinâmica que observamos na Unidade de Convalescença entre Serviço Social, Enfermagem e restante equipa de saúde é sinónimo de como este deve ser trabalhado em prol do doente e família.

Contudo é difícil observar o peso de cada factor e respectivos indicadores no fenómeno. A tal ponto, que basta uma alteração num indicador de um determinado factor para não se verificar comportamento de Adesão – Não Adesão.

“A não adesão é geralmente definida como o não seguimento, por parte dos doentes, das indicações dadas pelos profissionais de saúde” (Ley, 1997; cit. por Sousa, 2005:57). Representa uma perda em ganhos em saúde, e desperdício de recursos na saúde, sendo observada a vários níveis, nomeadamente, na progressão da doença com exacerbações e desenvolvimento de complicações e assim, um consequente aumento da morbilidade e mortalidade (Horne, 2000).

Este é um foco de atenção dos enfermeiros que identifica as necessidades de cuidados da pessoa, como gestão ineficaz do regime terapêutico. Em reflexão e apoiando-me em Carpenito (1997), a identificação da ineficácia na gestão do regime terapêutico, pode estar associada a uma gestão não eficaz no controlo da doença e na prevenção das complicações, assim como na dificuldade de integrar um ou mais componentes do tratamento prescrito para gerir a doença e as suas implicações.

A pessoa em situação de doença tem de implementar na sua vida determinadas alterações, mas para isso necessita de ter conhecimento da doença e do regime terapêutico, assim como das actividades associadas ao treino, ou seja, tem de adquirir capacidades que lhe proporcionem competências para lidar com a sua nova condição de saúde (Carpenito, 1997). Hussay e Guilhand (1989) cit in Silva (2008) consideram que *“(…) existem dois tipos de não adesão: a não intencional e a intencional, sendo a primeira, quando o ser humano compreende de forma inadequada a sua situação de saúde-doença ou a forma do tratamento e a segunda emerge da decisão consciente por parte do ser humano, na procura de outro método de tratamento ou o não seguimento do regime instituído”*. (Silva, 2008: 63)

Considerando a importância da adesão terapêutica na saúde do indivíduo que experimenta um processo de saúde doença, os enfermeiros têm de ser capazes de intervir de forma a ajudar o cliente a aderir ao regime terapêutico. O Regime Terapêutico pode ser Farmacológico ou Não farmacológico, sendo que o último está associado aos comportamentos e o primeiro com a toma de medicamentos. O enfermeiro tem de olhar para o regime terapêutico nas suas duas vertentes a comportamental que reflecte os comportamentos da pessoa doente, relativamente à sua saúde e a adesão relativa à parte médica, no que respeita há toma de medicação.

Segundo Brannon & Feistn (1997), as pessoas aderem mais facilmente aos regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidades na sua saúde e os seus comportamentos podem ser relevantes. Muitas vezes atribuímos aos enfermeiros a responsabilidade para a instituição de um plano terapêutico aos clientes. Contudo este tem de considerar o cliente, pois tem de ter um papel proactivo de auto-gerir o seu regime terapêutico eficazmente. Assim, diminui os episódios de agudização e também as consequentes readmissões, mostrando uma participação decisiva na qualidade de vida pois, o cliente é que tem a doença, embora para isso o enfermeiro tenha de ter um bom desempenho.

A não adesão implica o não cumprimento, por parte do cliente, das indicações fornecidas pelos profissionais, neste caso os enfermeiros. Estes apoios referem-se a hábitos e estilos de vida, esclarecimentos sobre o regime de medicamentos ou mesmo medidas de prevenção. A não adesão acarreta problemas, nomeadamente a dificuldade em lidar com a doença, prolongando o sofrimento, reinternamentos mais frequentes e prolongados (Ley, 1997). Além disto, há também um desperdício potencial ao nível de recursos na saúde (Horne, 2000).

Com a criação da RNCCI, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho no seu prologo considera-se a necessidade da criação de um sistema de apoio organizado e sistematizado que dê respostas às necessidades de cuidados de saúde e sociais “(...) *que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida(...)*” (Portugal,2006: 3856)

Neste sentido, e tendo por base a caracterização do fenómeno Adesão ao Regime Terapêutico realizada anteriormente é pertinente inclui-lo no plano individual de intervenção (definido como, *o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais* (alínea m) do art. 3.º do Dec-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho) do doente inserido na RNCCI. Dando seguimento ao despertar do problema que teve origem no módulo de urgência/emergência.

Interessa, então definir como identificar a necessidade e definir as intervenções para supri-la. Como futuro enfermeiro EEMC, cabe-me interpretar os fenómenos numa perspectiva avançada no sentido de criar linhas orientadoras de actuação nas diferentes necessidades da pessoa/família.

Numa tentativa de sistematizar a informação a recolher e que me levaria há identificação da necessidade/ diagnostico de enfermagem, seguimos as recomendações do Catálogo CIPE “Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento” do Conselho Internacional dos Enfermeiros. Aí considera-se “(...) *que os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão.*” (Ordem Enfermeiros, 2009a: 10)

Orienta-nos então para uma prática holística, considerando: avaliar o risco de Não-Adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais); identificar os diagnósticos e motivos para a Não-Adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento (Ordem Enfermeiros, 2009a). É com base nestas orientações que considero que o fenómeno deve ser encarado e trabalhado, junto do doente e família.

Seguindo as recomendações inscritas no Catálogo CIPE, para a Avaliação do Risco de Não-Adesão ao tratamento nos aspectos físicos; mental e comportamental; Sociocultural e ambiental; e espiritual, nas diferentes dimensões, são considerados quais os diagnósticos passíveis de induzir Não-Adesão ao tratamento real ou Risco de Não-Adesão. No sentido de fundamentar a escolha e sistematizar a informação, são propostas questões para cada diagnóstico (Anexo VIII)

No período de estágio na Unidade de Convalescença foram admitidos doentes na sua grande maioria em situação de readaptação e reabilitação pós cirurgia ortopédica e AVC. Ao longo do estágio fomos avaliando razões para a Não-Adesão, tendo por base o exemplo proposto pelo Conselho Internacional de Enfermeiros para identificar as áreas de risco mais comuns na Unidade de Convalescença.

Assim, ao longo do trabalho desenvolvido foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e respectivas intervenções, tendo por base a CIPE Versão 2.0 e o NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem (2010), sistematizados nas duas componentes mais frequentes e que se apresentam na Tabela 1.

Tabela 1 - Diagnósticos e intervenções mais frequentes no Risco de Não-Adesão.

| Diagnósticos/motivos para a não adesão | Intervenções, adaptadas ao cliente e baseadas na avaliação |
|---|--|
| Componente Física | |
| <u>Cognição comprometida</u> : este diagnóstico surgiu com alguma frequência muito associado à má compreensão das indicações dos profissionais. | Estimulação cognitiva; Facilitação da aprendizagem; Melhora da disposição para aprender; |
| <u>Memória comprometida</u> : associado ao esquecimento das indicações dadas pelos enfermeiros. | Exercitação da memória; Promover adesão com repetição das indicações no decorrer da actividade; Promover o uso de dispositivos para auxiliar a memória |
| <u>Dor</u> : era muito frequente os doentes referirem dor na execução das actividades de vida diária, muito no autocuidado: Higiene, vestir e despir, no sentar e levantar. | Gerir a dor; Ensinar gestão da dor; Avaliar dor antes e durante as actividades. |
| Componente Mental e comportamental | |
| <u>Ansiedade</u> : os doentes referiam momentos de tensão e nervosismo, associados à sua nova condição de saúde essencialmente relacionados com o nível de dependência de terceiros. | Reduzir a ansiedade |
| <u>Medo</u> : este diagnóstico mais presente em doentes com a necessidade de ajudas técnicas, como andarilhos e canadianas, demonstravam grande medo de queda ou nova queda naqueles que tinham sido submetidos a cirurgia ortotraumatológica. Tal facto comprometia a actividade física, os cuidados de higiene e o levantar e deitar. | Avaliar o medo |

Importa também referir intervenções que foram sendo realizadas em complementaridade com as anteriores e que promovem a adesão ao regime terapêutico, como: Avaliar barreiras à adesão; Contratualizar a adesão; Estimulação dos auto-cuidados; Reforçar adesão.

Entre elas destaco as intervenções relativas ao foco auto-cuidado, muito trabalhado na UC. Neste serviço são desenvolvidos cuidados no sentido de o doente promover o seu autocuidado. É importante promover-lo no indivíduo, que é definido por Orem (1995) como uma capacidade comum a todos os indivíduos. Na teoria defendida pela autora, a intervenção de enfermagem surge para compensar o défice de auto-cuidado, quando em situação de doença esta capacidade está diminuída. Os enfermeiros deverão estar sensibilizados para a importância, de não substituir o outro, naquilo que ele é capaz de fazer por si próprio. Assim, a filosofia da unidade encaminha-se para a compensação da pessoa parcial e totalmente dependente, apoiando-se principalmente no modelo de Dorotea Orem centrado no auto-cuidado, para recuperação da autonomia da Pessoa.

Auto-cuidado no campo da enfermagem é um conceito associado à forma de facilitar e permitir às pessoas, por si só, serem responsáveis pelo seu próprio cuidado de saúde, sempre que seja possível. O objectivo é a autonomia, para que possa existir um envolvimento do doente nas tomadas de decisão, de uma forma informada. A estratégia do auto-cuidado fundamenta-se na concepção do homem como um ser capaz de reflectir sobre si mesmo e o seu meio, desenvolvendo a motivação essencial para cuidar de si próprio. O auto-cuidado implica na execução de acções dirigidas pela e para a própria pessoa ou ambiente, com a finalidade de satisfazer as necessidades identificadas, de forma a contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Orem, 1995).

Quando ocorrem défices no auto-cuidado o papel do enfermeiro é crucial. Podem ocorrer mudanças no estado de saúde, por exemplo a instalação de um estado de doença e a pessoa ter necessidades ao nível do seu auto-cuidado. O papel do enfermeiro deve centrar-se no restabelecimento do mesmo, quando identifica ineficácia, envolvendo o controlo, a liberdade e responsabilidade da pessoa, na melhoria da sua qualidade de vida. No caso de pessoas parcialmente dependentes devem ser efectuados ensinamentos, após direccionar a intervenção para a demonstração pelo doente, dos conhecimentos e numa última fase avaliar as habilidades demonstradas. Nesta unidade de cuidados onde se

realizou o estágio, este é um aspecto que não é posto de parte, muito pelo contrário, pois os esforços são implementados nesse sentido.

Desde o levantar do leito e transferência para cadeira de rodas, em que numa fase inicial é explicado o procedimento e prestado o auxílio necessário; os cuidados de higiene na casa de banho, evitando a sua realização no leito; o controlo de esfíncteres na casa de banho, apanhadeira ou urinol, deixando de lado a fralda e excluindo mesmo a algáliação, caso não haja contra-indicações; a alimentação sempre que os doentes apresentam capacidades é no refeitório, o vestir e despir, o calçar e descalçar é realizado pelo doente, tendo em consideração as suas limitações. É um aspecto de extrema importância e onde participei activamente, pois considero que o auto-cuidado está na base do regime terapêutico não farmacológico.

No que respeita aos cuidados gerais de higiene e conforto é sempre avaliada a integridade da pele e efectuados os cuidados inerentes, nomeadamente, a aplicação de creme hidratante, e cuidados promotores na prevenção de úlceras de pressão. No que se refere ao vestir e despir, são fomentados empenhos no desenvolvimento de competências em processos adaptativos, para obter respostas adaptativas e eficazes que ajudem no auto-cuidado. Sendo este do domínio da enfermagem, os enfermeiros são o contributo fundamental para a promoção da independência da pessoa e a sua recuperação funcional, que não sendo possível, implica a preparação do membro da família prestador de cuidados, nomeadamente, através da dotação de conhecimentos e capacidades instrumentais, para a reintegração no seio da família.

A preparação do prestador de cuidador informal/família, deve ser iniciada desde cedo, é importante o seu envolvimento precoce para que, no momento do regresso a casa, este possua o maior número de conhecimentos e habilidades para cuidar do doente, assim nesta unidade é disponibilizado um horário alargado, das 8h30 às 20h30, para a presença da família/pessoas significativas. Durante o período de estágio apercebi-me que, muitas vezes, a preparação para o regresso a casa não é programada da melhor forma. Sem dúvida que o enfermeiro EEMC tem aqui um campo de intervenção a levar a cabo. A articulação com a família, na preparação para o regresso a casa é apoiada pela assistente social, não estando a equipa de enfermagem tão disponível/preparada, quanto o necessário. Contudo reflecti com os enfermeiros, na detecção destas necessidades e foi

por eles considerado que o facto de terem a assistente social tão presente, os faz relegar esta necessidade, pois quando identificadas são remetidas para o mesmo.

No que diz respeito à avaliação da adesão ao tratamento não existe nenhuma fórmula. Contudo, vários autores vão dando algumas sugestões de o fazer, como perguntas aos prestadores de cuidados e aos doentes; questionários padronizados aplicados aos doentes; contagem da dose restante; dispositivo electrónico de monitorização, que regista a hora e a data a que o recipiente de medicação foi aberto; e verificar quando as prescrições são aviadas pela primeira vez e na repetição (Delgado, 2001; Silva, 2008).

Estes métodos têm de ser utilizados com precaução e servem como instrumentos meramente indicativos da adesão ao regime. É evidenciado na pesquisa, que a pessoa e os prestadores de cuidados tendem a valorizar a adesão. Assim como na contagem de medicamentos não é sinónimo de o doente ter tomado o medicamento.

Contudo, senti-me tentado, juntamente com o enfermeiro tutor e orientadora, a aplicar e a sugerir uma Medida de Adesão aos Tratamentos, validada para a população portuguesa. Consiste num questionário padronizado aplicado ao doente, constituído por sete questões a que o doente responde numa escala de Lickert de seis pontos que vão de sempre a nunca, respectivamente de 1 a 6. A medida é obtida pela soma dos valores de cada item e dividindo pelo número de itens, sendo que valores elevados significando maior nível de adesão (Delgado, 2001) (Anexo IX)

Com a aplicação do questionário tive o intuito de encontrar um instrumento que permitisse evidenciar a evolução da adesão ao regime terapêutico ao longo do internamento, no sentido de quantificá-la para avaliar os cuidados de enfermagem. Este foi aplicado a oito doentes com autonomia cognitiva e motora na toma dos medicamentos. Os doentes enquadravam-se nas características da amostra do estudo (idades compreendidas entre os 32 e os 87 anos; sofrendo de doença crónica; possuíam o ensino primário ou pelo menos sabiam ler).

Os resultados obtidos demonstravam níveis de adesão acima de 4 pontos. Este valor pressupõe um nível intermédio de adesão aos tratamentos, porém foi verificado que os doentes desenvolviam capacidades de rápida adesão aos tratamentos prescritos ao longo do internamento, podendo estar associada à fase aguda da doença. Horne (2000) refere

que existem maiores taxas de adesão na doença aguda, que na doença crónica. Considero, que a aplicação realizada acaba por não ser suficiente para concluir a sua utilidade em contexto de Unidade de Convalescença, no que concerne ao objectivo de avaliação da evolução do doente, na medida em que a supervisão do desenrolar das actividades do doente é o método mais eficaz. Mas, se este for utilizado numa avaliação inicial para definir prioridades de intervenção junto de doentes com menores índices de adesão, poderá ter utilidade.

O facto de ter trabalhado esta temática, foi tendo reflexo junto dos profissionais. Por exemplo aquando a administração de fármacos, em alguns casos passou a ser mais do que administrar a medicação e supervisão da respectiva toma. A esta intervenção acresceram perguntas como: Tem medicamentos para tomar agora? Quais são? – Momento ímpar para avaliar e se necessário intervir no regime terapêutico farmacológico.

Assim como nos registos de enfermagem tendo sido evidente o referir, no que concerne ao conhecimento do regime terapêutico: conhecimento adquirido e demonstrado. Contudo, mais sistematização será necessária.

Como considera Pereira (2009) o foco Adesão ao Regime Terapêutico é um dos focos da prática autónoma dos enfermeiros. Neste sentido, além de intervir num problema premente, desenvolvi prática autónoma acrescentado conhecimento de instrumentos com objectivo de fomentar novas práticas baseadas na evidência.

1.4.3 – RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO NO DOENTE GRANDE QUEIMADO

Dando continuidade ao trabalho da prática autónoma do enfermeiro, em especial do enfermeiro EEMC, considereei premente trabalhar o foco úlcera de pressão nas especificidades do doente queimado, no módulo de Cuidados Intensivos. Os enfermeiros EEMC têm uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente, no apoio à gestão de situações de elevada complexidade clínica, graves e ameaçadoras. Devem por isso desenvolver competências de diagnóstico diferencial e de intervenção para se poderem constituir como ajuda profissional avançada. **Demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialidade em EMC.**

O doente alvo de queimadura torna-se um exemplo, que devido às suas especificidades importa reflectir, numa perspectiva de construção de actividades diagnosticas, de intervenção e avaliação de resultados. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), versão 2.0, considera características definidoras de queimadura, uma ferida traumática como *rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos*”.

Na definição de queimadura já encontramos as possíveis etiologias de queimaduras, importa referir que as mais comuns estão associados ao género masculino (devido aos riscos laborais) e de etiologia associada ao fogo e líquidos quentes (Rodrigues, 2010).

A pesquisa realizada mostra que o estabelecimento da gravidade da queimadura tem de ter em conta a sua extensão e profundidade, a idade do doente, a presença de lesões associadas, inalação de fumos ou doenças crónicas existentes. Quanto à profundidade a American Burn Association (ABA) *cit in* (Sheehy, 2009; Osborn, 2003), considera as queimaduras de Espessura Parcial (QEP) e Profundidade Total (QPT). Nas QEP, enquadram-se as queimaduras de Primeiro Grau (afectam derme e epiderme; caracterizadas quanto ao aspecto como eritema e flictenas) e Segundo Grau que podem ainda ser sub-divididas em Dérmica moderada (caracterizadas quanto ao aspecto como flictenas, rosada, húmida) e Dérmica profunda (caracterizada quanto ao aspecto como flictenas, com menor humidade). Quanto às QPT englobam as queimaduras de terceiro grau (caracterizada quanto ao aspecto como branca, baça, castanha ou preta, por vezes, vermelho escuro; muito seca, com aspecto de couro; pode ou não apresentar bolhas ou veias trombosadas).

No que concerne à extensão, alguns métodos são propostos na bibliografia, contudo o mais utilizado e o que foi utilizado é a “Regra dos Nove”. Este método ajuda a avaliar o tamanho das lesões comparando-o com as restantes áreas corporais. Para a utilizar divide-se a área corporal em números divisíveis por nove. Tendo por base este sistema no adulto, à cabeça e braços são atribuídos 9%. Aos membros inferiores são lhes atribuídos 18% a cada um, ao tronco um total de 36% e ao perónio 1% (Sheehy, 2009; Osborn, 2003).

Tendo por base a avaliação descrita, a ABA (2006) considera como condições para um doente queimado ser admitido numa Unidade de Queimados: queimaduras de espessura parcial presentes em mais de 10% de superfície corporal total; queimaduras que envolvam face, mãos, pés, genitais, perónio ou importantes articulações; Queimaduras de terceiro grau em qualquer grupo etário; Queimaduras eléctricas, incluindo as de relâmpago; Queimaduras químicas; Lesões por inalação de fumos; Queimaduras em doentes com antecedentes que possam comprometer o tratamento, a recuperação ou afectem a mortalidade; Qualquer doente que associado há queimadura apresenta lesões de trauma (incluindo fracturas) em que a queimadura representa um maior risco para morbilidade ou mortalidade; Crianças alvo de queimaduras que se encontrem em Hospitais sem valência de Pediatria; e queimaduras em doentes que necessitem de apoio social, emocional ou reabilitação. Certo é que as considerações, têm sempre que ser alvo de julgamento clínico por parte daquele que gere as admissões na unidade de queimados, geralmente o médico.

A abordagem ao doente queimado pressupõe três fases estruturantes, que proporcionam uma sistematização dos cuidados: reanimação, aguda e reabilitação. Na fase de reanimação estende-se entre o 2.º e 3.º dia, tendo como objectivo intervir no sentido de minimizar potenciais problemas associados à perda elevada de fluidos, perda de calor, dor extrema, risco de desnutrição; a fase aguda, que se inicia quando o doente se encontra hemodinamicamente estável, pressupõe os cuidados associados com a preparação do leito da ferida para enxerto, alívio da dor, prevenção da hipotermia e infecção e garantir um suporte nutricional adequado; a fase de reabilitação inicia-se quando o doente tem menos de 20% de feridas abertas, sobrepondo-se muitas vezes à fase aguda, e pressupõe a preparação do doente no sentido de minimizar as consequências das lesões como a mobilidade condicionada, dependências nas actividades de vida diárias, alterações da imagem corporal, entre outras (Osborn, 2003; Goyatá, 2009)

A prestação de cuidados diária teve como premissas as enunciadas anteriormente, nas diferentes fases. Considerando estas especificidades no tratamento ao doente queimado, no decorrer do estágio foram identificadas algumas questões/problemas relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes alvo de queimaduras. As reflexões que foram realizadas com a tutora, bem como com os restantes membros da equipa permitiram um

crescimento sustentado e eficaz na abordagem às diferentes particularidades dos doentes vítimas desta etiologia de trauma. Aquela que foi susceptível de trabalho pelos contornos controversos que envolve, foi o foco úlcera de pressão.

As Úlceras de Pressão (UP) são um problema mundial e surgem nos serviços hospitalares, envolvendo custos elevados no seu tratamento, mobilizando muitos recursos humanos e materiais, e grande sofrimento para os doentes e familiares. Cada vez mais o foco Úlcera de Pressão é um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem, tornando-se urgente o estabelecimento de directrizes e protocolos de actuação na sua prevenção (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

Ao longo do estágio, surgiram num doente grande queimado lesões com esta etiologia. A equipa de enfermagem consciente da associação da lesão aos cuidados de enfermagem, iniciou um processo de reflexão do porquê do aparecimento da lesão, se intervenções foram realizadas no sentido de as prevenir. Para tentar responder a estas e outras questões, realizei pesquisa bibliografia com o objectivo de enriquecer as reflexões e promover crescimento sobre esta temática.

Numa fase inicial consultámos as recomendações da European Pressure Ulcer Advisory Panel, para a Prevenção de Úlcera de Pressão, constatando-se que efectivamente muitas recomendações, na sua grande maioria, eram realizadas, contudo a existência de UP era um facto.

Após uma análise aprofundada das recomendações, consideramos que o problema e a sua resolução assentaria na avaliação do Risco de Úlcera de Pressão, pois um grande número de doentes queimados ou mesmo todos teriam risco elevado segundo a avaliação através da Escala de Risco de Úlcera de Pressão de Braden (Gordon, et al, 2004; Hardy, et al 2007).

Mais do que avaliar o risco importa perceber quais os factores que induzem mais frequentemente úlceras de pressão no doente queimado, para assim intervir nesses no sentido de minimizar o problema. Realizei uma análise que pudesse levar a soluções para o problema. No decorrer da mesma deparei-me com o facto de não existir nas estruturas bibliográficas consultadas informação que identificasse com base em estudos de campo, os factores de risco de UP no doente queimado. Logo foi considerado

premente o desenvolvimento de um documento em colaboração com a colega de estágio que permitisse uma Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão no doente queimado (Anexo X).

No sentido de **promover melhor assistência ao cliente**, realizei o referido instrumento com a colaboração da colega de estágio para Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (Anexo X). Com a construção deste pretendi que os enfermeiros possam usufruir de um instrumento de colheita de dados que congregue a informação, tendo por base um método de análise multi-variáveis. Dessa avaliação de risco poderão os enfermeiros reflectir quais os factores de risco presentes e assim direccionarem as suas intervenções aos problemas identificados. Considerando que mais do que realizar uma panóplia de actividades gerais à prevenção de UP, importa objectivar as intervenções de enfermagem para os problemas que podem levar ao seu desenvolvimento.

O instrumento engloba, decorrente da pesquisa bibliográfica realizada, os factores de risco no doente queimado que podem influenciar o aparecimento de UP. A importância da temática assenta no facto de assim diminuirmos a prevalência de UP no doente queimado, proporcionando aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois será possível agir no sentido de prevenir.

Contudo, a sua existência não se encerra nesta avaliação do doente queimado. Como já vimos não existem estudos que documentem a prevalência e os factores de risco de UP em doentes com este tipo de problemas. Ao construir um referencial teórico que levou à criação do instrumento de avaliação, também contribuí para o início de um processo de investigação que irá abrir portas ao conhecimento. Aprofundando e identificando quais os factores que mais influenciam o aparecimento de UP no doente grande queimado.

Assim, procurei através de revisão bibliográfica realizada, na construção deste instrumento, promover e dar informação aos profissionais no sentido de estes tornarem os seus cuidados mais eficientes e eficazes. Com esta intervenção além de intervir num problema premente, entrevi na prática autónoma do enfermeiro, acrescentado conhecimento e dotando-nos a mim e aos profissionais do serviço de instrumentos, com objectivo de fomentar novas práticas baseadas na evidência. A este desafio existiu uma resposta positiva deixando o serviço, no fim do estágio, com os enfermeiros a aplicar este instrumento.

Considero que muito mais poderia ter sido descrito das actividades desenvolvidas, pois abordei aspectos complexos. Mas, penso que permite criar novas questões que irão promover ao longo do tempo crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros, pois verifico em mim e nos enfermeiros que estiveram presentes. Seja em contexto do serviço seja no divulgar junto da comunidade científica das respostas decorrentes das questões colocadas, e que podem ser passíveis de investigação. Mais do que um descrever de actividades, procurei questionar para continuar a crescer como enfermeiro e como pessoa. Tendo sendo como premissa mais enfermagem para uma prestação de cuidados com mais qualidade.

CONCLUSÃO

Sendo este Relatório o espelho do trabalho elaborado durante as 750 horas (540 horas de contacto em contexto clínico e 210 horas de trabalho individual), apesar de simples, espero que tenha traduzido na sua génese o caminho percorrido. Considero que é difícil traduzir por palavras e de forma organizada o trabalho desenvolvido na prática. No entanto, foi propósito enumerar um conjunto de experiências que foram filtradas e reflectidas com a finalidade de complementar e enriquecer o campo de conhecimento e dar continuidade ao processo de aprendizagem.

Uma vez que a formação é um processo contínuo, e este estágio uma etapa desse processo, considero fulcral no percurso formativo actual e futuro. A realização deste relatório, permitiu analisar, reflectir e avaliar as experiências vivenciadas, no sentido de adquirir de uma forma gradativa competências de desenvolvimento. Este documento é de facto um elemento muito importante na avaliação da prática clínica, orienta para a interiorização do pensamento crítico no desempenho da prática, permitindo efectivamente, fazer um balanço e situar-me face à aprendizagem e também orientar a prática futura.

Assim, como a formação para além de um processo contínuo, é também um processo inacabado, considero este estágio, como o início do percurso para um processo formativo que culminará, na excelência da prestação de cuidados de enfermagem, tendo presente, que a procura dessa excelência, será sempre um processo inacabado que reside na motivação de o acabar. O balanço do estágio é muito positivo. Tal facto foi possível pelo esforço na concretização dos objectivos propostos, da sua análise e que no seu corolário, permitiram uma melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados. Assim foi melhorada a capacidade de responder às necessidades dos doentes, promovendo a excelência dos cuidados de enfermagem através da optimização da actividade diagnóstica. Tal como se espera de uma enfermagem avançada, foi possível

ao longo do estágio, identificar nos doentes necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem, das quais destaco o trabalho relacionado com os focos úlcera de pressão e regime terapêutico no sentido de otimizar e estruturar uma assistência eficaz ao cliente.

O desenvolvimento destas temáticas reflecte a consolidação de aspectos que considero de extrema pertinência, para um aprofundamento posterior no desenvolvimento de práticas futuras, pois as instituições caminham no sentido da actualização e incremento dos seus níveis de eficácia e eficiência, e o enfermeiro especialista tem de ter um papel participativo e proactivo. Considero, este, ser um estímulo e dando conta que o caminho tem de ser traçado por mim. Continuo à procura das melhores respostas para as situações que requerem a atenção e Cuidados de Enfermagem.

Este estágio foi deveras enriquecedor, pois colocou-me perante um desafio multifactorial. Para responder a este desafio foi incrementada a reflexão sobre a concepção dos cuidados, de modo a dar-lhe visibilidade e manter motivação para um padrão de boas práticas, no sentido de uma enfermagem, cada vez com mais enfermagem. É certo que cada realidade permitiu atingir diferentes competências através de actividades diversas. Factores como o tempo, as condições físicas, os doentes e famílias e os profissionais influenciaram o decurso das mesmas, os profissionais considero de relevância ímpar, pois disponibilizaram tempo pessoal para proporcionar um cem número de momentos de aprendizagem, que só enriqueceram este percurso e consequentemente este trabalho. Lógico será também evidenciar as pessoas de quem cuidei, pois permitiram a realização das actividades que espero lhes tenham proporcionado mais saúde.

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados tem sido motivo de reconhecimento por parte da sociedade, revelando-se a contribuição específica dos cuidados de enfermagem no sistema de saúde. Actualmente a enfermagem e os enfermeiros encontram-se na situação de tomada de consciência progressiva sobre a qualidade e a excelência. Procurei através das actividades realizadas, encontrar as melhores estratégias que possam contribuir, para que se demonstre, a mais-valia da nossa profissão no âmbito dos desafios que se colocam a um sistema de saúde que responda às necessidades das pessoas, na actualidade e no futuro. Claro que de certo modo, isto significa dizer aos enfermeiros que é preciso fazer mais e melhor. Mas precisamos de reflectir, clarificar linhas de rumo, definir estratégias e procurar a coerência neste esforço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN BURN ASSOCIATION (ABA) (2006) *Guidelines for the Operation of Burn Centers – Resources for Optimal Care of the Injured Patient*. ABA (Acesso em 27 Novembro 2010) disponível em <http://www.ameriburn.org/chapter14.pdf>

BALBUENO, E.; NOZAWA, M. (2004). Levantamento dos tipos de repercussão resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 12 n.º 1 (Jan./Fev.). Brasil

BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. (1999) – *Princípios de Ética Biomédica*. 1ª ed. (4ª Ed.Original). Barcelona: Masson S.A.

BENNET, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês *Introduction to Clinical health Psychology*. Buckingham: Open University press)

BISHOP, George D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapore: Allyn and Bacon.

BRANNON, Linda; FEIST, J (1997). *Living With chronic illness*. Health Psychology. An Introduction to Behaviour and Health. 3ª ed. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

BULECHEK, Gloria; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5.º Edição. Elsevier, Brasil.

CARPENITO, L. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem Aplicação à Prática Clínica*. 6ª ed. São Paulo: Artes Médicas.

CHICK, N.; MELEIS (1986). A. I. *Transition: A Nursing Concern*. In: Chinn, P.L. *Nursing Research Methodology*; pág. 238-239; Rockville: Aspen.

BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. (2010) NIC - *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Elsevier. Tradução da 5.ª Edição. Rio de Janeiro - Brasil

COLLIÈRE, Marie Françoise (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Edições Técnicas e SEP. 3.º Tiragem – Lisboa, Porto, Coimbra.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2010) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0*. (CIPE® versão 2.0- Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PORTUGAL, Assembleia da República (2009). Decreto-Lei 111/09 de 16 de Setembro de 2009: Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. D. R.: 1.ª Série, n.º 180, p. 6528-6550

PORTUGAL, Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 101/06 de 6 de Junho de 2006: Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. D. R.: Série I, n.º 109, p. 3856-3866

DELGADO, A. Barata; LIMA, M. L. (2001). – *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Departamento de Psicologia Social e das Organizações ISCTE. Psicologia, Saúde & Doença, 2 (2) pp 81-100.

Direcção Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, pág.7-9.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISOR PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. *Prevention and treatment of pressure Ulcers* (2009). Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

FIGUEIRAS, M.J. (1999). *Illness representations and recovery from Myocardial infarction in Portugal*. Tese de Doutoramento, não publicada. Universidade de Londres.

FREITAS, P. et al (1997). *Triagem no Serviço de Urgência*. Porto: Grupo de Triagem de Manchester.

GORDON, M; [et al.] (2004). Review of evidence-based practice for the prevention of pressure sores in burn patients. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, Volume 25, N.º5.

GOYATÁ, Sueli; ROSSI, Lidia (2009) Nursing Diagnoses of Burned Patients and Relatives “Perceptions of Patients” Needs. *Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Vol. 20, n.º 1, Janeiro-Março, pp. 16-24.

GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS (GTU) (2006) *Recomendações para a organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes*. ACSS – Ministério da Saúde (Acesso em 27 Maio 2010) disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

HARDY A. [et al](2007). Exploring the effects of wound dressings and patient positioning on skin integrity in a pediatric burn facility. *Ostomy Wound Management*, Vol. 53, n.6, pp 67-72. Disponível em www.o-wm.com/article/7409, consultado em 01 de Novembro de 2010.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K (1986) *Psicologia para Administradores: a teoria e as técnicas de liderança situacional*. 4ª Edição. Editora Pedagógica e Universitária. São Paulo, Brasil.

HORNE, R.; WEINMAN, J. (1999). Patients Beliefs about prescribe medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 550-568.

HORNE, Robert (2000) – *Compliance, Adherence and Concordance*. In GARD, P. – *Behavioural Approach to Pharmacy Practice*. London: Blackwell.

LEAL, M (2006). *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem – Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.

LEY, Philip (1997). *Compliance among patients*. In BAUN, A. et al – *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge. Pág 281-285.

MARKS, D. F.; Murray, M.; Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications.

MELEIS, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and progress* (3th Ed). Philadelphia: Lippincott.

MELEIS, A; Sawyer, L; Messias, D; Schumacker, K (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. Advances in Nursing Science; Sep; pág. 12- 28.

MURPHY, S.A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, v. 4, n.3.

NANDA (2009) – *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* 2009-2011. Porto Alegre: Artmed.

NUNES, R. (2003). *Politica de Saúde*. Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Editora da Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. (Acesso em Junho de 2010) Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a). *Estabelecer Parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2009b) – *Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE); Individualização e reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros (Acesso em Março de 2010) Disponível em [http://: www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

OREM, Dorotea (1995). *Nursing Concepts of Practice*. 5nd ed. Boston: Mosby.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006). Preâmbulo da “*Constitution of the World Health Organization*”. Disponível em

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf consultado em 05 de Junho de 2010.

OSBORN, Kathleen (2003). Nursing burn injuries. *Nursing Management*, Maio, pp 49-56

PATRICIO, Z. M. (1993). O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). *Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.2, n.1.

PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS, disponível on-line em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>, em 24 Maio de 2010 às 17h00.

PEREIRA, S. (2005). A Importância dos Registos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, n.º 62, Setembro, pp. 58-61

RODRIGUES, Ana; RODRIGUES, Acácio (2010) *Relatório Estágio na Unidade de Queimados*, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, disponível on-line em <http://hdl.handle.net/10216/25885> em 27 de Novembro de 2010.

SARAFINO, E. P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 4ª ed. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

SHEEHY, S. (2009) - *Enfermagem de Urgência - Da teoria á pratica*. Quarta Edição, Loures: Lusociência.

SILVA, Maria João Ribeiro (2008). *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico – Um olhar sistémico sobre o fenómeno*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem] Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa: Lisboa. Disponível no Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém [<http://hdl.handle.net/10400.15/124>]

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; FAVERO, Neide. (2002) Communication and leadership in the nursing team. *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*. São Paulo [online]. 20 Junho 2010. Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200032&lng=en&nrm=iso> .

SOUSA, Inês Maria da Cruz (2005). *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto. Disponível na Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto

TEIXEIRA, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lousã: Lidel editores

TEIXEIRA, José A. (2004). Comunicação em saúde: Relação entre técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*. Vol.22, nº3, Setembro.

THELAN, L. A.; David, J. K. U.; Lough, M. E. (1996) - *Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção*. 3ª Ed., Lisboa. Lusodidacta.

ZANDER, K. (2002) - *Nursing case management in 21st century: Intervening where margin meets mission*. Nursing Administration Quarterly, v.26, n.º5, P. 58-67.

ANEXOS

ANEXO I

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência do Hospital de São João, é composto por uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia, Assistente Social bem como todos os técnicos de Tecnologias de saúde que dão resposta nas 24 horas.

A Equipa de Enfermagem é composta por cerca de 90 enfermeiros, entre os quais Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver actividades, predominantemente no turno da Manhã. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada uma com 18 elementos assumindo um deles o papel de Coordenador de Equipa (e um Subcoordenador, que o substitui) que é um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os seus elementos.

Os elementos da equipa de enfermagem são divididos conforme o estipulado, e conforme as necessidades, tendo em conta sete áreas de prestação de cuidados. As quais passamos a descrever, tendo em conta alguns aspectos que consideramos pertinentes ao desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem:

- **Área de admissão e recepção:** área onde são admitidos os doentes e se realizam os processamentos administrativos e o apoio ao acompanhante, através do Gabinete de Apoio ao Acompanhante.
- **Área de Triage:** área onde o enfermeiro realiza a primeira avaliação do doente, com base no Sistema de Triage de Manchester. Dotada de dois postos de trabalho, nos turnos da Manhã e Tarde e por um no turno da Noite (de referir que existe possibilidade, mediante fluxo de doentes, de abertura de um terceiro posto de triagem) que, após avaliação do utente, lhe atribui um nível de prioridade, informando o acompanhante (pessoa significativa). Os níveis de triagem pressupõem diferentes tempos de espera (Tabela 1)

| Número | Nome/Cor | Tempo Máx. Espera |
|--------|---------------|-------------------|
| 1 | IMEDIATO | 0 Minutos |
| 2 | MUITO URGENTE | 10 Minutos |
| 3 | URGENTE | 60 Minutos |
| 4 | POUCO URGENTE | 120 Minutos |
| 5 | NÃO URGENTE | 240 Minutos |

Tabela 2 - Escala Nacional de Triage.

- **Área de Psiquiatria:** área onde é efectuado o atendimento de doentes, provenientes de toda a região norte, com situações urgentes do foro psiquiátrico. Com dotação de um posto de trabalho assegurado por um enfermeiro, nos turnos da Manhã e Tarde. Durante a noite é assegurado por um dos enfermeiros das áreas Amarela/Ortotraumatologia.
- **Área Amarela:** espaço onde são alocados os doentes com nível Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente (cor amarelo, verde e azul respectivamente). Constituída por oito gabinetes para avaliação de doentes pela equipa médica, quatro gabinetes para prestação de cuidados de saúde e espaço envolvente equipado com cadeirões. Com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, dois assistentes operacionais e médicos.
- **Área Laranja:** dispõe de duas áreas: Unidade de Curta Permanência, onde os doentes poderão permanecer até 24 horas tendo uma lotação de 8 camas; a área laranja para onde são encaminhados os doentes triados com a cor laranja e vias verdes de AVC sem indicação para trombólise, com lotação de 7 macas e 8 cadeirões. Com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e médicos.
- **Área de Ortotraumatologia:** área para onde são encaminhados os doentes, Urgentes, Pouco Urgentes e Não Urgentes vítimas de trauma. Dispõe de dois postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e equipa médica;

- **Sala de emergência:** área onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. Estes provêm tanto do exterior como dos diferentes serviços do hospital. Com lotação de cinco unidades, cada uma equipada com material necessário a Suporte Avançado de Vida. Encontra-se alocada a área uma equipa de Reanimação Intra-Hospitalar, constituída por Médico Intensivista e Enfermeiro. Dispõe de três postos de trabalho de enfermagem, um assistente operacional e dois médicos.

Na contínua melhoria do acolhimento ao utente e família/pessoas significativas, o Serviço dispõe de Gabinete de Apoio ao Acompanhante e salas de espera dispersas pelas instalações. De referir a Sala da Família, local específico, com condições de recato e privacidade, utilizada essencialmente pelos Prestadores de Cuidados, nomeadamente enfermeiros para informar a família das condições do doente.

O Gabinete de Apoio ao Acompanhante funciona numa estrutura física própria das 8h às 24h, onde um administrativo desenvolve as suas actividades e sendo um elo de ligação entre os profissionais de saúde e a família/pessoas significativas. Das 24h às 8h as actividades são partilhadas entre o enfermeiro da triagem e o administrativo do Posto Administrativo. Este circuito, de relevante importância no acolhimento dos cidadãos no SU, inicia-se na Triagem onde o enfermeiro triador, regra geral, encaminha o acompanhante para o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, onde é recolhido o contacto de referência e lhe é atribuída uma pulseira roxa (Acompanhante de Referência). Durante as 24h e as 8h, é o enfermeiro da triagem que regista o contacto do acompanhante e lhe atribui a respectiva pulseira. Caso o doente for menor de idade, possuir barreiras à comunicação, com agitação psicomotora e a presença do acompanhante ser terapêutica, entre outras, é-lhe atribuído a condição de Acompanhante Permanente e respectiva pulseira roxa (com a designação AP e cor de Área à qual o doente foi alocado). Caso seja um doente com prioridade Muito Urgente e Emergente, o acompanhamento por parte da família/pessoas significativas é feito de imediato. Isto também acontece em doentes que sejam triados para a área laranja ou para as especialidades de oftalmologia, nefrologia, gastroenterologia, estomatologia, cirurgia vascular ou hemodinâmica, uma vez que se encontram noutra área que não urgência de adultos.

Caracterização do Serviço de Urgência

As salas de espera encontram-se anexadas a cada área. Existe sala de espera na admissão administrativa, onde não existem restrições para a permanência dos cidadãos, e onde geralmente se encontra a família/pessoas significativas do doente que não necessita de acompanhamento. Sala de espera na área de triagem onde os doentes aguardam triagem, composta por condições para recepção de doentes em maca e com mobilidade não condicionada ou reduzida. Restantes áreas (Amarela, Ortopneumologia, Laranja e Sala de Emergência) possuem, cada uma, salas de espera com cadeiras das respectivas cores.

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE QUEIMADOS / UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE QUEIMADOS/UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS

O Hospital Dr.º Braga da Cruz / Prelada iniciou a sua actividade em Outubro de 1985. Composto pelas valências de Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia, Cirurgia Geral, Urologia e Cirurgia Plástica e Reconstrutiva. A esta última está anexada a Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais. Esta é composta por uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos Especialistas em Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Médico com Sub-Especialidade em Cuidados Intensivos e Auxiliares de Acção Médica.

A Equipa de Enfermagem é composta por cerca de 20 enfermeiros, entre os quais Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Responsável pela Unidade a desenvolver actividades, predominantemente no turno da Manhã e pelos restantes enfermeiros que desenvolvem as suas actividades pelos turnos da manhã (das 8 horas às 16h00), da tarde (das 15h30 às 22h30) e noite (das 22h15 às 8h15). A dotação de enfermeiros é avaliada diariamente consoante as necessidades dos doentes internados, contudo permanecem no mínimo cinco enfermeiros no turno da Manhã e três enfermeiros nos turnos da Tarde e Noite.

A equipa médica é constituída por 8 médicos especialistas em Cirurgia Plástica e Reconstrutiva (cada médico do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, é escalado para a UQ/UCE, pelo período de um mês), que permanece na unidade em dias úteis das 8h às 17h. Nos restantes dias e no período das 17h às 8h do dia seguinte o apoio médico é realizado por 2 médicos residentes ao Hospital e um médico especialista em Cirurgia Plástica e Reconstrutiva que se encontra à chamada. De referir que existe apoio esporádico de um médico com sub-especialidade em cuidados intensivos.

No que concerne aos Auxiliares de Acção são 7 elementos, estando presentes 3 no turno da Manhã e 2 nos turnos da Tarde e Noite.

A especificidade da UQ/UCE é uma estrutura com características específicas de isolamento dentro do Hospital Dr.º Braga da Cruz / Prelada. Toda a estrutura física, protocolos de acesso e contacto do pessoal de saúde e familiares/pessoas significativas com os doentes, são organizados no sentido de minimizar infecções ao doente. Qualquer

indivíduo que entre na UQ/UCE deve mudar de roupa e vestir a farda recomendada bem como protecção aos pés e touca.

A UQ/UCE é composta por 8 camas, distribuídas em oito quartos individuais. Cada quarto está equipado com casa de banho, hall de apoio, monitorização intensiva e três quartos possuem ventilação mecânica para doentes que necessitem. Da unidade faz parte uma sala para balneoterapia com condições para realização de procedimentos como os cuidados de higiene e cuidados a feridas diariamente, dos menos aos mais agressivos estando equipada para o efeito com rampas de oxigénio, aspiração e gases anestésicos que permitem a realização de procedimentos com anestésicos sistémicos. Com acesso directo à unidade existem duas salas do Bloco Operatório onde são realizadas as cirurgias que o doente internado na unidade necessita. Fazem parte da estrutura física da unidade ainda gabinete médico, gabinete Enfermeiro Chefe, Sala de Trabalho de Enfermagem, Sala de Reuniões, vestiários, copa, hall de admissão de doentes e várias áreas de armazenamento de materiais.

As visitas estão sob autorização dos profissionais de saúde e carecem de autorização médica para permanência física junto do doente. Estas podem ser efectuadas ao quarto do doente através de vidro com intercomunicador ou presença física junto do doente. Contudo apenas têm acesso dentro da unidade uma pessoa por dia, respeitando sempre a vontade do doente em a receber, com a duração máxima de uma hora, compreendida no período das 13h às 19h. Podem permanecer no exterior da unidade, através da janela duas visitas de cada vez entre as 11h e as 19h. Podem também ser efectuados telefonemas do exterior entre as 17h e as 21h. Quando se tratam de crianças internadas, é permitida a presença da mãe ou pai durante o dia, no período das 8h às 22h. Fora deste período os pais podem pernoitar no Serviço de Cirurgia Plástica.

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CONVALESCENÇA

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CONVALESCENÇA

A Unidade de Convalescença está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta assenta num “(...) modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa (...)” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho). Tem como objectivos: a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos. (art. 4.º do Dec-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho).

A RNCCI é coordenada a três níveis: nacional, regional e local. No topo, ou seja, a nível nacional é coordenada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ao nível regional e local temos respectivamente a Equipa Coordenadora Regional (ECR) e a Equipa Coordenadora Local (ECL).

Existem cinco Equipas Coordenadoras Regionais, uma por cada região (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), tendo como funções o planeamento, gestão, controlo e avaliação da Rede. Bem como a comunicação e interligação entre a Coordenação Nacional e a Local. A sua constituição pressupõe uma equipa multidisciplinar com representantes das Administrações Regionais de Saúde e dos Centros Distritais de Segurança Social.

No que concerne às ECL são em princípio de âmbito concelhio, podendo em alguns casos ser por freguesia ou freguesias, têm como funções a coordenação local da Rede no acompanhamento e avaliação, entre outras promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede e a comunicação entre a ECR e as diferentes unidades/equipas da Rede. São constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, sendo obrigatório ser constituída, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

A prestação de cuidados na RNCCI é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. Constituem unidades de internamento as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. Constitui unidades de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia. Equipas hospitalares são as Equipas de Gestão de Altas (EGA) e as Equipas Intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. São equipas domiciliárias as Equipas de cuidados continuados integrados e as Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Parece-me exaustivo caracterizar cada uma das unidades/equipas da rede, contudo é premente contextualizar o nosso local de estágio e aquelas com quem este estabelece relações de referenciação, respectivamente a Unidade de Convalescença, Unidade de média duração e reabilitação e Equipa de Gestão de Altas.

A EGA sediada num Hospital de Agudos, sendo constituída por médico, enfermeiro e assistente social. Funciona em articulação entre as ECL's, ECR's e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde e as equipas hospitalares de agudos na programação das altas hospitalares.

Uma Unidade de média duração e reabilitação, consiste numa unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (ponto 1 do art. 15.º do Dec-Lei n.º 101/2006 de

06 de Junho). Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa (ponto 2 do art. 15.º do Dec-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho). Pressupõe internamentos com previsibilidade de internamento entre 30 a 90 dias. Existe a possibilidade de se diferenciar na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. Desta tipologia de unidade constituem serviços de cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

Unidade de Convalescença caracteriza-se como uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (ponto 1 do art. 13.º do Dec-Lei 101/2006 de 06 de Junho). Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos (ponto 2 do art. 13.º do Dec-Lei 101/2006 de 06 de Junho). Tem como previsibilidade de internamento até 30 dias, podendo este ser prolongado mais 5 dias. A unidade disponibiliza serviços como: cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

Contextualizando a Unidade de Convalescença do Hospital Nossa Senhora de Conceição/Valongo está integrada na ECL de Valongo que se encontra inserida na ECR Norte. A unidade dispõe de 23 camas, das quais duas em isolamento e as restantes em enfermarias de três camas tendo capacidade instalada para 23 clientes. Encontra-se inserida no Hospital Nossa Senhora da Conceição. A equipa é constituída por: um Director Técnico (Enfermeiro); 14 enfermeiros que asseguram cuidados de enfermagem permanentes, auxiliados por 8 auxiliares de enfermagem; um médico que assegura cuidados médicos permanentes, sendo que fora do seu horário de trabalho é requisitado o médico do Serviço de Urgência do hospital; um médico especialista em fisioterapia, um

fisioterapeuta, um terapeuta da fala e um terapeuta ocupacional que asseguram os cuidados de fisioterapia; um assistente social e um psicólogo clínico que asseguram o apoio psicossocial. A logística está assegurada pelos serviços do hospital desde o Serviço Dietético passando pelos recursos materiais.

É um serviço do hospital integrado numa rede loco-regional, em que as admissões são geridas pelas estruturas da Rede e a estrutura física, os recursos humanos e materiais pela entidade hospitalar.

A admissão de doentes na rede tem que cumprir determinados critérios, tais como: dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacte psicossocial; e doença severa, em fase avançada ou terminal (art. 31.º do Dec-Lei 101/2006 de 06 de Junho). No que concerne às Unidades de Convalescença, são critérios de admissão, segundo Directiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008 de 07/01/2008 da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, (...) a situação de dependência recente na sequência de episódio agudo, susceptível de melhoria, que apresente alguma das seguintes condições: doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e de: reabilitação intensiva, alimentação por sonda nasogástrica, tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas, manutenção e tratamento de estomas, terapêutica parentérica, medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada; doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas de deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; doente crónico com risco iminente de descompensação; doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias; doente com síndrome de imobilização.

ANEXO IV

ESTUDO DE UM CASO, PESSOA EM SITUAÇÃO DE POLITRAUMATISMO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estágio – Módulo I – Serviço de Urgência

ESTUDO DE UM CASO, PESSOA EM SITUAÇÃO DE POLITRAUMATISMO

Aluno: Fernando José de Araújo Miranda

Sob orientação de: Professora Irene Oliveira

Porto, Junho de 2010

ÍNDICE

| | PÁG. |
|---|------|
| Introdução | 4 |
| 1. Um caso clínico ... | 6 |
| 2. Processo de cuidados de enfermagem: diagnóstico, intervenções e resultados | 8 |
| 3. Reflexões críticas/ conclusões | 15 |
| 4 . Referências bibliográficas | 18 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

0. INTRODUÇÃO

Elencar domínios do conhecimento implica certamente a identificação de especificidades e de áreas do saber constituído. Para que a prática baseada na evidência ocorra, devem ser integrados e interligados os resultados de investigação, a singularidade de cada doente e a competência de cada profissional, como forma de melhorar os processos de tomada de decisão e obter ganhos significativos em saúde.

Actualmente, a sociedade científica de enfermagem discute quais devem ser os focos de atenção da disciplina, surge como uma oportunidade por excelência e um espaço único para aprofundar e escrutinar temáticas, que no nosso caso se prendem com a pessoa em situação crítica.

Os Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica (EEMC) têm assim uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente, no apoio à gestão de situações de urgência, situações graves e ameaçadoras. Devem por isso desenvolver competências de diagnóstico diferencial e de intervenção para se poderem constituir como ajuda profissional avançada.

Neste contexto, e porque pretendemos adquirir conhecimentos e desenvolver competências de diagnóstico clínico e de intervenção, desenvolvemos um estudo (tipo estudo de caso). No decorrer do Estágio, foi seleccionado um caso, que pela sua especificidade nos despertou especial interesse, essencialmente pelas dúvidas e incertezas na abordagem realizada.

Destas constatações emergiram algumas questões que requeriam resposta: Quais são as principais intervenções de enfermagem potenciadoras de atingir os resultados esperados? Quais são as principais emoções vivenciadas pela família quando têm um familiar em situação crítica na sala de emergência de um Hospital?

A finalidade deste trabalho, tem origem nas actividades propostas para atingir o objectivo: Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Este estudo desenvolveu-se no decorrer de um turno na Sala de Emergência, onde o doente permaneceu cinco horas.

Assim, após uma revisão bibliográfica preliminar abordando o quadro conceptual intrínseco à temática em estudo, e utilizando um método descritivo/analítico/reflexivo, cuja amostra populacional se resume a um participante (estudo de caso), a selecção da técnica de recolha de dados foi a observação e revisão bibliográfica. Procuramos de uma forma sistemática recolher conhecimentos científicos que nos permitissem dar resolução aos problemas relacionados com o nosso exercício profissional.

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes distintas mas correlacionadas entre si. Na primeira parte deste documento, apresentamos a descrição do caso clínico na área a trabalhar. Na segunda parte, foi construído um Plano de Cuidados de Enfermagem (Diagnóstico; Intervenções e Resultados esperados). Finalmente, realizamos uma reflexão juntamente com conclusões relacionando as nossas intervenções com a revisão da literatura.

Espera-se dos Enfermeiros em geral, e dos EEMC em particular, um contributo no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com desafios. Os Enfermeiros são sem qualquer dúvida, o maior grupo profissional que presta cuidados nesta área, e têm estado na vanguarda ao reconhecer a imperiosa necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática.

Exercer a melhor prática de Enfermagem, sustentando-a com a melhor evidência disponível no momento, é o convite inquieto ao EEMC. Nessa jornada, é imperativo que não se furem a explorar, na certeza de que a refutação de ideias são o alicerce de uma disciplina e o futuro do “paradigma da sustentabilidade” em Enfermagem.

I. UM CASO CLÍNICO ...

Na chegada à sala de emergência é realizada avaliação sistematizada do doente Politraumatizado considerando a mnemónica de A a I (Poggetti, 2004; ENA, 2007). Cada letra do alfabeto corresponde a uma etapa de avaliação, tendo em conta as prioridades de actuação. Ao longo da avaliação vão sendo resolvidos problemas, passando a etapa/letra seguinte após resolução do problema. Assim:

A – doente com entubação endotraqueal, em ventilação mecânica. Médico verifica correcta colocação do tubo endotraqueal. Mantém-se imobilização cervical.

B – doente bem adaptado à ventilação mecânica

C – Pressão Arterial: 120/72 mmHg; Frequência Cardíaca 46 bpm, regular, amplitude normal. Pele fria ao toque sem diaforese. Tempo de preenchimento capilar < a 2 segundos. Apresenta sangue na cavidade orofaringea e local da fractura exposta na perna à direita, com hemorragia controlada.

D – Doente sedado e analgesiado, não reactivo a estímulos dolorosos.

E – Realizada exposição do doente, confirmando fractura exposta na perna direita sem mais sinais relevantes. É colocado lençol e cobertor.

F – É realizada ecografia torácica e abdominal que revela contusão pulmonar à direita e abdómen sem alterações. Realiza Tomografia Axial Computorizada Cerebral, torácica, abdominal e scan a toda a coluna vertebral: Cerebral evidencia Hematoma Sub-dural e múltiplas contusões cerebrais; torácica confirma contusão pulmonar à direita; sem alterações nos órgãos abdominais. Obtenção de imagem radiológica aos Membros Superiores e Inferiores que revela fractura da tibia à direita. Verificada posição de Sonda Orogástrica. Colocada Sonda Vesical. Neste momento a família/pessoas significativas não se encontravam presentes. Indivíduo não identificado até ao momento.

G – Doente analgesiado sem sinais de dor ou desconforto.

H – Colhida informação junto da equipa Pré-Hospitalar: doente à chegada da equipa da Viatura Médica de Emergência Rápida com Escala Coma de Glasgow de 5, sendo entubado endotraquealmente para protecção da Via aérea, sendo administrado sedação e curarização para procedimento; tensionalmente estável, bradicárdico faz 0,5 mg de Atropina que reverte, temperatura normal; Imobilização com colar cervical e plano duro por risco de lesões vertebrais; vítima de acidente aparatoso com capotamento e projecção da vítima numa distância de aproximadamente 10 metros, uma vítima morta à chegada da equipa ao local. Indivíduo não identificado, acompanhado pela equipa. À avaliação sistematizada lesão no couro, lesão no lábio inferior sangrante em pequena quantidade, escuriações no tórax à direita, abdómen sem alterações, região perianal sem alterações, escuriações nas mãos, fractura exposta na perna à direita imobilizada.

I – Na região dorsal escoriações na região torácica à direita, na região lombar e região nadegueira.

É colocado na sala de emergência cateter de Pressão Intra Craneano. Doente é preparado para transferência para UCI. Aquando a transferência do doente, chegada da família (pai e irmã). Estes apresentavam-se bastante ansiosos e demonstravam preocupação.

2. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÕES E RESULTADOS

É comum designar-se por processo de enfermagem a forma como o enfermeiro deve organizar sistematicamente o conhecimento e a informação, que se traduz numa forma lógica, humana e cientificamente aceitável de intervenção. O processo de enfermagem ao ser implementado visa a prestação de cuidados para a melhoria da qualidade de vida, e consiste em definir diagnósticos e intervenções consistentes para responder às necessidades humanas. Estas intervenções constituem a concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência.

De acordo com os objectivos deste trabalho e o estudo de caso em análise, foram identificados os diagnósticos de enfermagem: Mobilidade no leito prejudicada; Risco de perfusão tecidual cerebral ineficaz; Hipotermia; Ventilação espontânea Prejudicada; Integridade da pele prejudicada; No que concerne à família foi diagnosticado Medo. (NANDA, 2010)

Mobilidade no leito prejudicada

Limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito.

Características definidoras: Estando o doente sedado e analgesiado leva a que tenha capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama. Assim foram realizadas as seguintes intervenções com as respectivas actividades, tendo-nos baseado na NIC (2004)

Intervenções/actividades

Cuidado com o Repouso no Leito: Promoção de conforto e segurança e prevenção de complicações em paciente incapacitado de sair do leito.

- Posicionar alinhamento correcto do leito
- Monitorizar a condição da pele
- Facilitar pequenas trocas do peso do corpo

Posicionamento Neurológico: Obtenção de um excelente alinhamento corporal em paciente que corre risco de ou apresenta lesão da medula ou irritabilidade vertebral.

- Imobilizar pescoço – colocar cervical quatro apoios (suspeita lesão coluna Cervical)
- Providenciar plano duro
- Manter correcto alinhamento corporal
- Virar o doente utilizando técnica de levantamento em bloco

- Monitorizar a integridade da pele sob o Colar cervical quatro apoios

Cuidados com tracção/imobilização: Controlo de paciente com tracção e/ou recurso estabilizante para imobilizar e estabilizar uma parte do corpo

- Posicionar o alinhamento correcto do corpo
- Monitorizar as possíveis complicações da imobilidade
- Administrar cuidado adequado à pele nos pontos de atrito

Risco de perfusão tecidual cerebral ineficaz

Risco de redução na circulação do tecido cerebral

Factor de risco, presente: Trauma encefálico.

Intervenções/actividades (NIC, 2004)

Monitorização da Pressão Intracranéana: Avaliação e interpretação de dados do doente para regular pressão intracranéana.

- Auxiliar na inserção dos instrumentos de monitorização da PIC
- Oferecer informações à família
- Calibrar e nivelar transdutor
- Ajustar os alarmes
- Registrar as leituras da pressão intracranéana e analisar formas de onda
- Monitorizar a pressão da perfusão cerebral
- Espaçar as intervenções de enfermagem por forma a minimizar a elevação da PIC
- Administrar fármacos para manter a PIC dentro da variação específica
- Notificar médico sobre a PIC elevada que não responda aos protocolos de tratamento

Controlo do edema Cerebral: Limitação de lesão cerebral secundária resultante de edema do tecido cerebral.

- Administração de sedação conforme indicado
- Permitir que a Pressão Intracraniana volte ao valor inicial a quando inicio de procedimentos
- Limitar a aspiração a menos de 15 segundos
- Monitorizar parâmetros ventilatórios de pressão e volume
- Monitorizar Pressão Intracraniana e Pressão de Perfusão Cerebral
- Manter a normotermia
- Administrar diuréticos ou agentes osmóticos

Promoção da Perfusão Cerebral: Promoção da perfusão adequada e da limitação de complicações para paciente com ou em risco de perfusão cerebral inadequada.

- Consultar médico para determinar valores hemodinâmicos, e manter dentro da variação normal
- Induzir a hipertensão com expansão de volume ou agentes inotrópicos ou vasoconstritores, conforme prescrição médica, para manter os valores hemodinâmicos e manter/optimizar a pressão da perfusão cerebral
- Manter valor da glicemia dentro dos valores normais

Hipotermia

Temperatura do corpo abaixo dos parâmetros normais

Características definidoras: Palidez, pele fria e temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Intervenções/Actividades (NIC, 2004)

Tratamento da Hipotermia: Reaquecimento e vigilância de paciente cuja temperatura corporal interna está abaixo de 35°C.

- Monitorizar a temperatura do paciente

- Monitorizar sinais associados à hipotermia: tremor, mudança na cor da pele e bradicárdico
- Colocação de Manta de aquecimento induzido
- Monitorizar choque de aquecimento
- Monitorizar sinais vitais
- Evitar medicamentos Intramusculares ou subcutâneos durante o estado de hipotermia

Ventilação espontânea prejudicada

Reservas de energia diminuídas, resultando numa incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida.

Características definidoras: A diminuição do estado de consciência por sedação leva a cooperação diminuída.

Intervenções/Actividades (NIC, 2004)

Controlo de Via aérea Artificial: Manutenção de tudo endotraqueal e prevenção de complicações associadas ao seu uso.

- Insuflar e manter cuff endotraqueal entre 15 a 20 mmHg, utilizando avaliador de pressão de cuff
- Observar a referência em centímetros, marcando a colocação do tudo à comissura labial, para monitorizar possível deslocamento do tubo.
- Instituir aspiração endotraqueal, quando apropriado

Integridade da pele prejudicada

Epiderme e/ou derme alterada

Características definidoras: Destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele, presente pelas lesões traumáticas da pele: escoriações, laceração lábio inferior e fractura exposta.

Intervenções/Actividades

Cuidados com Lesões: Prevenção de complicações em lesões e promoção da sua cicatrização.

- Observar características da lesão
- Remover material encravado
- Realizar penso conforme indicado

No que concerne à família:

Medo

Reacção à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Características definidoras: Relato de alarme, Relato de estar assustado, Relato de nervosismo, relato de pânico e Foco relacionado para a fonte de medo.

Intervenções/Actividades

Redução da ansiedade

Minimização da apreensão, receio, pressentimento ou desconforto relacionados a uma fonte não-identificada de perigo antecipado

- Usar uma abordagem calma e segura
- Procurar compreender a perspectiva da família sobre a situação temida
- Fornecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico

- Ouvir atentamente
- Criar ambiente que facilite a confiança
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos
- Identificar quando o nível de ansiedade se modifica
- Auxiliar a família a realizar uma descrição realista do evento eminente

Suporte emocional

Provisão de segurança, aceitação e encorajamento durante períodos de stress

- Encorajar o diálogo ou o choro como meios de reduzir a resposta emocional
- Permanecer com a família e oferecer segurança e protecção durante períodos de ansiedade

Presença

Estar com o outro, física e psicologicamente, durante períodos de necessidade.

- Demonstrar atitude de aceitação
- Comunicar verbalmente empatia ou compreensão da experiência da família
- Ser sensível às tradições e crenças do paciente
- Estabelecer confiança e atenção positiva
- Ouvir as preocupações.
- Usar o silêncio, quando adequado.
- Estar fisicamente disponível para ajudar.
- Tocar para expressar preocupação.
- Oferecer distância à família.

Escutar(Escuta Activa)

Prestar atenção e atribuir significado às mensagens verbais e não verbais (NIC, 2004)

- Demonstrar disponibilidade efectiva, dar tempo para ouvir;
- Demonstrar disponibilidade afectiva: aceitação, envolvimento na situação;
- Usar todos os sentidos (olhar receptivo, contacto corporal acolhedor);
- Envolver-se na situação da pessoa, demonstrar interesse e vontade de ajudar;
- Apreciar as mensagens verbais e conteúdo da comunicação verbal: o que a pessoa utiliza para descrever a sua situação/problema (temas predominantes e seus significados); O que a pessoa descreve que pode ou não fazer; As emoções que acompanham os acontecimentos, o porquê de um comportamento ou essência do mesmo; A percepção global que a pessoa tem de si própria na sua generalidade e na situação e circunstâncias, no momento.
- Atender/ interpretar as mensagens não verbais (sentimentos não expressos, as palavras evitadas, silêncios, suspiros, postura corporal, expressão facial, tom de voz);
- Verificar a compreensão das mensagens através de perguntas;
- Manter feedback na comunicação através de interacções;
- Usar o silêncio encorajando expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações;
- Gerir o silêncio (tempo para falar e tempo para calar);

Tocar

Proporcionar conforto e comunicação pelo contacto táctil intencional (NIC, 2004)

- Conhecer /atender os tabus culturais sobre o toque;
- Colocar o braço sobre o ombro da doente;
- Segurar a mão da doente;
- Exercer uma pressão suave no punho, mão ou ombro da doente.

Porque fazer bem a “coisa” certa... porque os cuidados representam diferentes “coisas” para diferentes pessoas... e porque tropeçamos na volatilidade do tempo, para a realização deste trabalho vimos apenas plasmada a avaliação de algumas destas intervenções. Se o crivo

ambicioso com que se pautou a nossa intervenção (que, desde já, manifestamente reconhecemos) tivesse continuidade (facto exequível pela variável tempo pelo facto de o doente se encontrar em contexto de sala de emergência), seria nosso propósito contactar com a doente/família numa outra fase, por exemplo o internamento em cuidados intensivos e reavaliar.

Contudo, com as intervenções implementadas foram atingidos alguns resultados esperados, nomeadamente: Perfusão tecidual: Cerebral (Extensão em que o sangue flui através dos vasos cerebrais e mantém a função cerebral), apresentando o doente Pressão Intracraniana não comprometida, Inquietação não presente, Agitação não presente, demonstrando desta forma resultados pretendidos (NOC, 2004)

No que diz à família, os resultados no Controlo do Medo (Acções pessoais para eliminar ou reduzir sentimentos incapacitantes de alarme despertados por uma fonte identificável), manifestando a família Raramente demonstrado a eliminação dos precursores do medo, Consistentemente demonstrado a busca de informações para reduzir o medo, Nunca demonstrado o evitar a fonte do medo, Nunca demonstrado o manter da concentração e Raramente demonstrado o desempenho do papel. (NOC, 2004)

Perante os diagnósticos e intervenções formulados é primordial que se desenvolva uma avaliação aferida das estratégias usadas, constituindo-se como um processo a desenvolver e que se elege importante para a implementação de novas estratégias, se as levadas a cabo até então, não se revelarem eficazes. A reformulação sistemática do processo de cuidados assume-se como a forma de garantir que a pessoa/família consegue obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

As intervenções de enfermagem constituem assim o suporte de todo o processo de enfermagem, isto é, centram-se na concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência, transferindo para o campo clínico o pensamento, o planeamento e a definição da estratégia terapêutica.

3. REFLEXÕES CRÍTICAS/ CONCLUSÕES

No que concerne às intervenções relacionadas com a estabilização do doente na entrada na unidade de saúde, manifestou-se de elevada pertinência pela percepção da conduta da equipa e plano de trabalho sistematizado em que tivemos oportunidade de participar, bem como, a abordagem à família em situação de crise, aqui podemos afirmar dificuldades de actuação efectiva.

Segundo Phaneuf (2005), situação de crise é um “estado psicológico agudo que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa”. Esta manifesta-se segundo a autora por sentimentos de medo, angústia, culpabilidade, vergonha, impotência... A presença de medo nos membros da família é evidente.

O medo é descrito por Lazarus (1991) como uma ameaça concreta e repentina, sendo uma reacção mais primitiva do que a ansiedade. Refere que, face a uma situação de perigo iminente, não temos muito tempo para reflectir e ficamos assustados com a perspectiva imediata de morte súbita ou dano. Salienta a perspectiva imediata, justificando que nós podemos estar ansiosos com a morte, mas consegui-mos distanciar-nos e não pensar acerca dela, excepto em situações de perigo severo.

A categoria de medo foi associada às manifestações psicofisiológicas vivenciadas pela família. No confronto com a morte, o discurso da família revela que, face ao momento do diagnóstico de Politraumatizado grave com Traumatismo Crânio Encefálico do familiar, a vivência experiencial é sentida de modo súbito e avaliada como um estímulo ameaçador e perigoso. Referiu a irmã. “*O meu irmão vai morrer!?*” (olhar fixo)

Lazarus (1991), refere que a emoção emerge na dependência da avaliação cognitiva que fazemos da situação *stressante*, no entanto, salienta a interacção existente entre o princípio psicobiológico e os processos fisiológicos, que ocorrem numa emoção.

No mesmo sentido, as expressões usadas demonstram claramente a repercussão física subjacente à inter-relação psicofisiológica existente numa emoção. “*(...) estou com falta de ar ... Posso ir até lá fora? Preciso de ar...*”

Normalmente estas manifestações vivenciais psicofisiológicas situacionais, denotam reacções momentâneas, sendo reveladas sensações de perda de controlo, de difícil descrição. “*Estou a perder força nas pernas. Tenho que me sentar(...)*”

A situação vivencial desta fonte de *stress* é descrita de um modo tão intenso, que se revela marcante e de difícil esquecimento, sendo impossível ser apagada da memória a longo prazo. Nesta subcategoria são evidenciadas expressões demonstrativas da clarividência entre o psíquico e o fisiológico, sendo difícil de destrinçar a simultaneidade decorrente entre ambos. *“Isto não pode estar a acontecer... É impossível... Meu Deus o meu irmão...”*

Segundo Phaneuf (2005) a resolução da crise manifesta-se pelo encontro de seu estado anterior de equilíbrio. Certo é que neste contexto não podemos afirmar que tal tenha sido conseguido. Muito associado ao tempo disponível e às condicionantes próprias de uma Sala de Emergência.

É certo que a pessoa em situação de politraumatismo produz invariavelmente múltiplos desafios a todo o núcleo familiar, causando alterações na identidade e papéis, com impacto no seu funcionamento diário e na sua saúde. Neste contexto, o EEMC deve manifestamente apresentar-se como um elemento de suporte e disponível, reconhecendo a alteridade na vivência da situação de doença, dos doentes e seus familiares. Para isso, deve desenvolver as suas habilidades comunicacionais, de aconselhamento e apoio emocional, fomentando o processo adaptativo à doença.

A intervenção em enfermagem junto do doente/família centra-se em fornecer informação realista sobre as possibilidades actuais de tratamento, contudo em contexto de Urgência a informação e prognóstico é escassa, o desenrolar do tempo irá ser de importante relevância. É de considerar a necessidade da continuidade destes cuidados em contexto do serviço para onde o doente foi transferido. Para levar a efeito foi transmitida informação à equipa de enfermagem tanto das intervenções realizadas como dos resultados.

Numa área em crescente desenvolvimento, foram sentidas algumas dificuldades e limitações, que se prendem e se situam em áreas como o escasso friso cronológico para a avaliação dos resultados. Bem como para a implementação das actividades. É certo que múltiplas actividades podiam ser realizadas.

Pensando numa enfermagem avançada, entendemos que os conhecimentos que reunimos poderão contribuir para uma prática de enfermagem baseada na evidência, ajudando a delimitar focos de atenção dos enfermeiros, a fundamentar juízos de diagnóstico e o processo de tomada de decisão, a potenciar intervenções de enfermagem eficazes, intentando um profissionalismo de excelência no qual vemos integrada desde já a especialidade em Médico-cirúrgica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ENA, Emergency Nurses Association (2007) – *Trauma Nursing Core Course, Provider Manual*. 6.^a Edição. United States of America: ENA.
- JOHNSON et al (2001) - *Nursing Diagnoses, Outcome, and Interventions: NANDA, NOC, and NIC Linkages*. USA: Mosby.
- JOHNSON et al (2004) - *Classificação dos Resultados em Enfermagem (NOC)*. 2.^aed. Porto Alegre: Artmed.
- LAZARUS, R.S. (1991) - *Emotion & Adaptation*. p.112. New York: Oxford University.
- MCCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. (2004) - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3.^a Edição. Porto Alegre: Artmed.
- NANDA (2010) – *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2000) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Portugal, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PHANEUF, Margot (2005) – *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- POGGETI, R. (2004) – *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado / Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões*. Rio de Janeiro: Elsevier
- POLIT, D.; Beck, C.; Hungler, B. (2004) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.^a Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXO V

**GUIA DE ACOLHIMENTO UNIDADE DE QUEIMADOS / UNIDADE DE
CUIDADOS ESPECIAIS**

A pele é muito importante porque:

- Protege o corpo contra a invasão por bactérias e materiais estranhos;
- Tem terminações nervosas que permitem sentir a temperatura, a dor, o toque, o que possibilita dar resposta a diferentes situações;
- Forma uma barreira que impede a perda de água do interior do corpo;
- Permite regular a temperatura corporal

O QUE SÃO AS QUEIMADURAS

As queimaduras são lesões provocadas por fontes:

-térmica, eléctrica, química, radioactiva e que levam à destruição parcial ou total da pele.

Uma das funções normais da pele é servir como barreira protectora contra a entrada de bactérias e materiais estranhos, devido às queimaduras, como a pele está destruída, perde-se essa capacidade de resistir a uma infecção.

As infecções são as complicações mais vulgares nas queimaduras.

A prevenção da infecção é muito importante e começa no momento em que o doente é internado.

Com vista ao controlo das infecções, a Unidade de Queimados possui um ambiente especificamente preparado.

Todas as pessoas que se aproximam do doente (profissionais de saúde, visitas) têm que usar fato descontaminado, máscara, touca e luvas.

É importante a lavagem e desinfeção das mãos.

ORIENTAÇÕES PARA VISITA

- As visitas são sempre condicionadas pelo parecer médico;
- Todas as visitas carecem de autorização, devendo dirigir-se sempre à porta do serviço, tocar à campainha e aguardar que esta lhe seja comunicada;
- Apenas tem acesso ao interior da unidade, uma pessoa, por dia, respeitando sempre a vontade do doente em a receber;

- As visitas dentro da unidade iniciam-se a partir das 13 horas;
- O visitante no interior da unidade deve fardar-se de acordo com norma do serviço e lavar sempre as mãos, antes e após visitar o doente;
- O horário das visitas tem início às 11h e termina às 19h, sendo a duração da visita de 1h e o número de visitas no exterior ilimitado;
- Cada período de 1h só pode ser utilizado por dois visitantes;
- Está interdita a entrada de visitantes criança no interior da unidade;
- Relativamente às crianças internadas, é permitido a presença da mãe, pai ou substituto legal durante o dia, desde as 8h até às 22h. Entre as 22h e as 8h do

dia seguinte o acompanhante da criança pernoita no serviço de cirurgia plástica;

- Não é permitida ao visitante a circulação pela unidade; sempre que necessite de chamar um funcionário deverá utilizar a campainha existente no quarto;
- Os visitantes não devem trazer qualquer alimento ou objectos para o interior da unidade;
- Podem ser realizadas chamadas telefónicas para a unidade, a partir das 17h às 21h

Telefone directo – 228330684/
228330685



Elaborado por; Andreia Nobre e Fernando Miranda
Alunos da Universidade Católica, Curso de
Especialização Médico-Cirúrgica
2010

UNIDADE DE QUEIMADOS



Guia de Acolhimento

ANEXO VI

ENTREVISTA ESTRUTURADA AOS ENFERMEIROS CHEFES

Entrevista Enfermeira Chefe – Serviço de Urgência

Qual o organigrama da Equipa de Enfermagem, existente no serviço?

Enfermeira Chefe (gere recursos humanos, gere material de consumo clínico, participa na elaboração do Plano de Actividades do Serviço); duas enfermeiras especialistas (uma encarregada pelos estágios e gestão de equipamentos e substitui chefe na falta desta), e outra pela farmácia); 5 Coordenadores de equipa (elabora plano de trabalho de acordo com os níveis de competência (melhor triador, SIV e SAV) dos enfermeiros, analisa trocas de acordo com os critérios estabelecidos com a enfermeira chefe, articulação do Enfermeiro chefe com a equipa de forma a cumprir os objectivos propostos, gere recursos humanos (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) de acordo com as necessidades pontuais do serviço (ex: tempos de espera de cada área, afluência dos utentes em determinado momento), gestão dos transportes dos doentes (inter-hospitalar e domicílio do doente). Os Subcoordenadores (substituem o coordenador na sua ausência)

Quantos EEMC existem no serviço? Qual o papel que o EEMC tem na prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência?

O serviço possui cinco elementos com EEMC. Considera que o Enfermeiro especialista deve ser uma mais-valia no serviço, reflectindo nos problemas da prática diária e sendo proactivo na sugestão/implementação de estratégias para alteração de comportamentos. O EEMC funciona como modelo no Saber Ser, Saber Estar, Saber Fazer para a equipa.

Foi realçado o papel do enfermeiro que não sendo especialista possui competências que o define como perito em determinada área, considerando que cada pessoa é diferente no sentido que possui capacidades e aptidões para determinados papeis e cabe ao enfermeiro chefe compreender cada um dos seus elementos de forma a valorizar o que cada um tem de melhor.

Qual o processo de Avaliação dos Profissionais implementado no serviço e quem são os intervenientes?

Avaliação é contínua, sendo realizada no decorrer da prestação de cuidados tanto pelo Enfermeiro Chefe como pelo Coordenador de Equipa, através do feedback que vão dando ao elemento sobre comportamentos pontuais, no intuito da melhoria da prática. Contudo, existe um momento formal de avaliação, realizado anualmente, com a presença do avaliando e dos avaliadores (Enfermeiro Chefe e Coordenador de equipa).

É também da responsabilidade do Enfermeiro Chefe a avaliação dos Assistentes Operacionais. O processo é idêntico ao da equipa de enfermagem, contudo ao grupo de avaliadores acresce o Encarregado do sector.

Que estratégias utiliza para a definição da dotação de enfermeiros por turno?

Mediante postos de trabalho definidos pela Direcção Geral de Saúde, de acordo com as fórmulas estabelecidas, embora exista alguma flexibilidade para poder dar resposta a situações pontuais. De realçar que os recursos humanos alocados a cada área podem ser ajustados mediante as necessidades, como por exemplo picos de afluência a uma área específica.

Qual a organização da Gestão da Cadeia de Abastecimento do serviço (recursos hoteleiros; materiais de consumo clínico; produtos farmacêuticos)?

O serviço funciona com reposição por níveis adaptado. Existe Armazém avançado do central donde sai o material para o serviço. No serviço existem dois armazéns destes são repostas as diferentes áreas.

Quanto aos Produtos utilizados no serviço: como se processa a sua escolha; como se define as quantidades “níveis” necessárias nos diferentes “armazéns”?

A escolha dos produtos é realizada por uma comissão do hospital que tem na sua constituição enfermeiros, que recorre ao serviço que mais gastos tem do referido material para dar parecer do mesmo mediante ficha técnica. De referir que problemas/anomalias do produto durante a sua utilização, são reportadas à comissão de escolha.

Que estratégias utiliza para o controlo dos custos?

Refere que o fundamental no modelo instituído é o controlo dos níveis acessíveis aos profissionais, ou seja, reduzindo o material à disposição diminui o seu consumo. Este sistema possibilita também perceber o gasto diário do material e quem o faz.

É um processo que tem que envolver toda a equipa pluridisciplinar, não por imposição mas por análise em conjunto do custo-benefício para o doente.

Formação:

Como se processa a construção do plano de formação do serviço?

Preconiza o emanado pela ARS Norte da formação necessário a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, bem como para dar resposta à implementação dos Protocolos de Via

Verde. São conteúdos do plano de formação em vigor: Via Verde da Sépsis e Coronária; o transporte do doente crítico, Enfermagem em TCE e Humanização.

Estão a decorrer ou planeados projectos/actividades no contexto da formação/investigação no serviço?

Implementação das Vias Verdes e melhorias na acessibilidade e Humanização. Estão a ser desenvolvidos spots de informação ao utente com conteúdos relacionados com educação para a saúde como de informação do papel de cada interveniente no serviço de urgência.

Identifica alguma necessidade, que em contexto de Estágio, possa intervir?

São detectados no serviço lacunas nos registos de enfermagem como exemplo falta de referência à toma de refeição pelo doente e pela família, existência de acompanhante e avaliação das necessidades da pessoa e família. Fomos convidados a contribuir junto dos elementos da equipa no sentido de elaborar um guia de procedimentos do que é importante fazer referência nos registos.

Tem em construção/implementação algum plano de melhoria da qualidade?

Está ser trabalhado, entre outros intervenientes, por alunos da licenciatura um inquérito de satisfação/expectativas dos utentes no que concerne ao atendimento no serviço de urgência Vs o que é preconizado.

Existem indicadores de qualidade, definidos a partir dos objectivos do plano de actividades do serviço, que são trabalhados e divulgados à equipa mensalmente.

Decorrente da Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, acerca do direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS, tem em vista acções de reestruturação do SU para poder dar resposta ao legislado?

Existe guia de acolhimento à família/pessoa significativa, onde são preconizadas regras e procedimentos neste âmbito (direitos e deveres do acompanhante e do doente) que é do conhecimento de todos os membros da equipa.

Entrevista Enfermeiro Chefe Unidade de Cuidados Intensivos

Qual o organigrama da Equipa de Enfermagem, existente no serviço?

O organigrama do serviço inicia-se com a Enfermeira Geral que responde directamente ao Directo Clínico. Abaixo da Enfermeira Geral tem lugar o Enfermeiro Chefe e respectiva equipa de enfermagem, organizada pela carreira própria da instituição. Sendo Enfermeiros Residentes e restantes enfermeiros. Sob a sua alçada o Enfermeiro Chefe auxilia o Director de Serviço na coordenação dos Auxiliares de Acção Médica. A seu cargo o Enfermeiro Chefe tem sob a sua alçada dois serviços a Unidade de Queimados/Cuidados Especiais e o Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Quantos EEMC existem no serviço? Qual o papel que o EEMC tem na prestação de cuidados de enfermagem num Serviço de Cuidados Intensivos?

Não existem EEMC no serviço. Quanto ao papel específico destes refere que não encontra uma especificidade no seu conteúdo que enriqueça o serviço. No entanto reconhece que enfermeiros que desenvolvem prestação de cuidados há mais tempo possuem uma *expertise* que lhes auferem uma conduta que proporciona cuidados de Enfermagem especializados no que concerne à prestação de cuidados especializados ao doente queimado.

Contudo, considera que o novo modelo de Desenvolvimento Profissional, no que concerne ao Modelo de Desenvolvimento de Prática Tutelada permitirá o desenvolvimento de competências em contexto da prática diária, dotando os profissionais de competências próprias e úteis à prestação de cuidados num serviço com esta etiologia.

Qual o processo de Avaliação dos Profissionais implementado no serviço e quem são os intervenientes?

O sistema de avaliação pressupõe quatro níveis (Não Satisfaz, Satisfaz, Bom, Muito Bom). O Enfermeiro Chefe reúne com o avaliado, assumindo o papel de avaliador. O processo inicia-se com a discussão da auto-avaliação do avaliado, num momento de reflexão crítica do profissional que está a ser avaliado. O documento produzido nesta reunião é sujeito a rectificação pela Enfermeira Geral, que se dúvidas lhe suscitar reúne com avaliado e Enfermeiro Chefe mantendo a perspectiva crítico reflexiva. Preconiza-se a periodicidade anual deste processo.

Que estratégias utiliza para a definição da dotação de enfermeiros por turno?

Revela-nos a necessidade de mais enfermeiros no serviço, contudo não está ao seu alcance o concretizar desta opção. Refere que a admissão depende da Mesa Da Santa Casa da Misericórdia do Porto sob proposta do Concelho Geral do Hospital. O que coloca dificuldades na obtenção de recursos humanos.

Geralmente utiliza uma dotação segundo as características dos doentes internados tendo em consideração o rácio: 1,5 enfermeiro por doente ventilado e 1 para cada 3 doentes não ventilados. Sendo 6 elementos no turno da Manhã, restantes turnos 3 enfermeiros por turno. Sempre que considerar pertinente, utiliza a polivalência dos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, para acrescentar ao serviço mais um elemento.

Qual a organização da Gestão da Cadeia de Abastecimento do serviço (recursos hoteleiros; materiais de consumo clínico; produtos farmacêuticos)?

O sistema logístico utilizado no serviço é a Reposição por Níveis, no que concerne aos Recursos hoteleiros e Materiais de Consumo Clínico. No que se refere aos produtos farmacêuticos estes são fornecidos pelo sistema unidose.

Os níveis foram determinados por média do consumo de dois anos. A verificação dos níveis é realizada duas vezes por semana (Terça-feira e Quinta-feira), pelo enfermeiro responsável no turno da manhã. Contudo, acrescenta, que aquando a verificação dos níveis pode ser realizado um ajuste dos materiais a serem fornecidos pelas necessidades apresentadas pelos doentes naquele momento.

Os produtos farmacêuticos são fornecidos em unidose, através da utilização de ticket de prescrição médica. Devido ao funcionamento da Farmácia Hospitalar ser das 8h às 16h existe um stock fixo de fármacos urgentes/emergentes às necessidades pontuais dos doentes ao longo do dia o que permite alguma dependência dos serviços farmacêuticos. Contudo, se porventura existir a necessidade de um fármaco num período do dia em que os serviços farmacêuticos se encontrem encerrados, existe a possibilidade de o adquirir pelo enfermeiro responsável ao Hospital.

Quanto aos Produtos utilizados no serviço: como se processa a sua escolha; como se define as quantidades “níveis”?

Aos níveis já vimos na questão anterior. No que concerne à escolha dos materiais esta é realizada de dois em dois anos por concursos públicos. No decorrer dos concursos é analisada as características dos materiais e perante a análise de custo/eficácia é escolhido. Se a comissão

achar por bem, recorre aos profissionais que mais utilizam determinado produto para verificar a sua eficácia.

A título de curiosidade refere que as amostras dos produtos, são sempre arquivadas, para quando o produto que é fornecido não cumprir as características contratualizadas estas serem respostas. É uma situação muito comum!

Que estratégias utiliza para o controlo dos custos?

Faz uma avaliação mensal dos relatórios dos serviços de logística, que lhe permitem dar conta dos movimentos das aquisições do serviço. Quando considera pertinente intervém junto dos responsáveis de turno.

Formação:

Como se processa a construção do plano de formação do serviço?

No início do ano realiza um inquérito junto dos enfermeiros, no sentido de conhecer as suas necessidades de formação. Mediante as necessidades agrupa os enfermeiros por temáticas a trabalhar, sendo estes a escolherem a área a trabalhar. A periodicidade é de um mês à excepção dos meses de Julho e Agosto.

Estão a decorrer ou planeados projectos/actividades no contexto da formação/investigação no serviço?

Apesar de ter sido lançado o desafio junto dos profissionais, não existiu nenhuma proposta.

Identifica alguma necessidade, que em contexto de Estágio, possa intervir?

Penso que podem trabalhar a prevenção das Úlceras de Pressão, no sentido de entendermos a sua génese no contexto de unidades de queimados.

Tem em construção/implementação algum plano de melhoria da qualidade?

Temos a implementação do sistema do HCS e no que nele é preconizado.

Entrevista Enfermeiro Chefe Unidade de Convalescença

Qual o organograma da Equipa de Enfermagem, existente no serviço?

O Enfermeiro Chefe acumula as funções de Coordenador da Equipa de Enfermagem e de Director Técnico da Unidade de Convalescença, sendo este o responsável pela gestão de recursos humanos e materiais. Da unidade fazem parte 14 enfermeiros, dos quais 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 6 enfermeiros Graduados e 7 enfermeiros. Ao enfermeiro especialista cabe substituir o enfermeiro chefe na sua ausência bem como a gestão diária dos cuidados. O Enfermeiro Chefe responde perante o Conselho de Administração do Hospital.

Quantos EEMC existem no serviço? Qual o papel que o EEMC tem na prestação de cuidados de enfermagem numa Unidade de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados?

Não existem EEMC na unidade. Existe sim um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, justificado pela filosofia de cuidados de enfermagem numa Unidade de Convalescença, que encerra a reabilitação para a adaptação do doente à sua nova condição de saúde. Contudo, considera que faz todo o sentido a existência do EEMC nesta tipologia de unidade. Relacionadas com a consultadoria na concepção de planos de cuidados ao doente e família bem como a prestação directa de cuidados.

Apesar da necessidade e premência da presença do EEMC na unidade, considera o factor monetário um constrangimento para a sua integração, pois neste momento encontra-se com dificuldades em manter o enfermeiro especialista a exercer funções na sua área de especialização. Espera que com a aplicação do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional constrangimentos sejam ultrapassados e novas abordagens na gestão de recursos humanos possibilitem a integração na equipa de EEMC.

Qual o processo de Avaliação dos Profissionais implementado no serviço e quem são os intervenientes?

Para a avaliação dos enfermeiros são seguidas as normas emanadas pela legislação. O processo tem por base uma entrevista entre o Enfermeiro Chefe (avaliador) e Enfermeiro (avaliado) com a discussão dos objectivos do avaliado Vs missão e valores da unidade, numa perspectiva construtiva tanto para o avaliado, avaliador e organização.

Que estratégias utiliza para a definição da dotação de enfermeiros por turno?

A dotação de enfermeiros é realizada tendo por base o Índice de Grau de dependência dos doentes. Considerando que no turno da Manhã é composto por 3 enfermeiros, Tarde e Noite 2 enfermeiros.

Qual a organização da Gestão da Cadeia de Abastecimento do serviço (recursos hoteleiros; materiais de consumo clínico; produtos farmacêuticos)?

Os recursos hoteleiros são geridos pela instituição, demonstrado maior qualidade ao mesmo preço de soluções outsourcing. Os pedidos são ajustados diariamente, conforme as necessidades dos doentes.

O material de consumo clínico é gerido tendo por base a reposição por níveis, sendo realizados os pedidos uma vez por semana sistematicamente ou sempre que necessário. Os níveis são ajustados tendo por base os consumos médios do ano anterior de cada produto.

Os produtos farmacêuticos são distribuídos segundo o Sistema Unidose, sendo que existem no serviço um Stock fixo de 10 fármacos, considerados necessários, sendo avaliados os níveis e pedida reposição diariamente.

Esta gestão é realizada pelo Enfermeiro Chefe, desde a contagem, efectivação do pedido e recepção dos produtos.

Quanto aos Produtos utilizados no serviço: como se processa a sua escolha?

A selecção dos produtos é realizada pela comissão de escolha nomeada pelo Conselho de Administração para o efeito. O processo consiste no fornecimento de amostras neutras aos serviços, com um questionário sobre o mesmo. Sobre esta avaliação a comissão de escolha faz as suas opções.

Que estratégias utiliza para o controlo dos custos?

No controlo de custos a estratégia é a contabilidade analítica.

Formação:

Como se processa a construção do plano de formação do serviço?

O plano de formação do serviço tem por base as recomendações emanadas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, sendo estas o mínimo a ser realizado. Contudo anualmente é realizado um levantamento das necessidades junto dos profissionais através de questionário, bem como outras identificadas pelo enfermeiro chefe. Da conjugação das três fases é organizado o Plano de Formação Anual da Unidade.

Estão a decorrer ou planeados projectos/actividades no contexto da formação/investigação no serviço?

Neste momento o serviço faz parte de trabalhos de investigação nas áreas de prevenção das quedas, avaliação dos ganhos em saúde no âmbito dos Auto-Cuidados e detecção de maus tratos. No serviço existem enfermeiros que colaboram com os responsáveis pela investigação na colheita de dados.

Tem em construção/implementação algum plano de melhoria da qualidade?

No que concerne à qualidade tem três indicadores em implementação: monitorização da infecção urinária; Risco de Úlcera de Pressão; Prevenção de quedas.

ANEXO VII

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

REGISTOS DE ENFERMAGEM: PARA UMA MELHORIA DA QUALIDADE



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Módulo de Estágio Urgência/Emergência

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Registos de Enfermagem: Para uma melhoria da qualidade

Alunos: Fernando José de Araújo Miranda

Ana Sabrina Sousa

Sob orientação de: Professora Irene Oliveira

Porto, Junho de 2010

ABREVIATURAS E SIGLAS

SU – Serviço de Urgência

OE – Ordem dos Enfermeiros

RMDE – Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem

ÍNDICE

| | PÁG. |
|--|------|
| 1. Caracterização da Instituição | 5 |
| 1.1 Caracterização do Serviço | 5 |
| 2. Planificação do Projecto | 9 |
| 2.1 Diagnostico da situação | 9 |
| 2.2 Fundamentação Teórica | 10 |
| 2.3 Definição dos Objectivos | 15 |
| 2.4 Definição de estratégias e metodologia | 15 |
| 2.5 Programação da intervenção | 15 |
| 2.6 Avaliação | 16 |
| 3. Execução | 17 |
| 4. Avaliação | 18 |
| 5. Conclusão | 19 |
| 6. Bibliografia | 20 |
| Anexos | 21 |

Anexo A – Cronograma

Anexo B – Plano de Sessão

Anexo C – Guia Orientador de Registos

Anexo D – Formulário Avaliação da Sessão

I. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital de S. João foi inaugurado a 24 de Junho de 1959, para fazer face à inadequação do Hospital de Santo António, que se via incapaz de servir a população do Norte, sendo simultaneamente um Centro de Investigação Científica e de Ensino Escolar de Medicina (Hospital de S. João, 2004).

Actualmente, este hospital de grande dimensão em área de atendimento, nos meios de que dispõe e no número de pacientes que acolhe, é classificado como um Hospital Central, tendo a cidade do Porto como área de influência, e os distritos de Braga, Viana do Castelo, e a área do Vale do Sousa a sua área de referência (Hospital de São João, 2004).

Todos os Serviços estão agrupados em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG): Medicina; Cirurgia; Mulher e Criança; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Urgência e Cuidados Intensivos; e Saúde Mental (Hospital de São João, 2006).

I.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Serviço de Urgência do Hospital de São João, é composto por uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia, Assistente Social bem como todos os técnicos de Tecnologias de saúde que dão resposta nas 24h.

A Equipa de Enfermagem é composta por 80 enfermeiros no total, entre os quais Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver actividades predominantemente no turno da Manhã. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada com 18 elementos coordenados por um Coordenador de Equipa (e um Subcoordenador, que assume funções em substituição do Coordenador de Equipa) que se assume como um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os seus elementos, elabora o Plano de Trabalho para cada turno, entre outras funções.

Os elementos da equipa de enfermagem são divididos conforme o estipulado, e conforme as necessidades, tendo em conta sete áreas de prestação de cuidados. As quais passamos a

descrever, tendo em conta alguns aspectos que consideramos pertinentes ao desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem:

- **Área de admissão e recepção:** área onde são admitidos os doentes e se realizam os processamentos administrativos e o apoio ao acompanhante, através do Gabinete de Apoio ao Acompanhante.
- **Área de Triagem:** área onde se realiza a primeira avaliação do doente, pelo enfermeiro, com base no sistema de Triagem de Manchester. Dotada de dois postos de trabalho, nos turnos da Manhã e Tarde e por um no turno da Noite (de referir que existe possibilidade, mediante fluxo de doentes, de abertura de um terceiro posto de triagem) que, após avaliação do utente, lhe atribui um nível de prioridade, informando o acompanhante (pessoa significativa). Os níveis de triagem pressupõem diferentes tempos de espera (Tabela 1)

| Número | Nome/Cor | Tempo Máx. Espera |
|--------|----------------------|-------------------|
| 1 | IMEDIATO | 0 minutos |
| 2 | MUITO URGENTE | 10 minutos |
| 3 | URGENTE | 60 minutos |
| 4 | POUCO URGENTE | 120 minutos |
| 5 | NÃO URGENTE | 240 minutos |

Tabela 3 - Escala Nacional de Triagem. Adaptada de Freitas et al (1997)

- **Área de Psiquiatria:** área onde é feito o atendimento de doentes, provenientes de toda a área metropolitana do Porto, com situações urgentes do foro psiquiátrico. Com dotação de um posto de trabalho assegurado por um enfermeiro, nos turnos da Manhã e Tarde sendo durante a noite assegurado por um dos enfermeiros das áreas Amarela/Ortotraumatologia.
- **Área Amarela:** espaço onde são alocados os doentes com nível Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente (cor amarelo, verde e azul). Constituída por oito gabinetes para avaliação de doentes pela equipa médica, quatro gabinetes para prestação de cuidados de saúde e espaço envolvente equipado com cadeirões. Com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, dois auxiliares e médicos.

- **Área Laranja:** dispõe de duas áreas: Unidade de Curta Permanência, onde os doentes poderão permanecer até 24 horas tendo uma lotação de 8 camas; a área laranja para onde são encaminhados os doentes triados com a cor laranja e vias verdes de AVC sem indicação para trombólise, com lotação de 7 macas e 8 cadeirões. Com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e médicos.
- **Área de Ortopneumologia:** área para onde são encaminhados os doentes, Urgentes, Pouco Urgentes e Não Urgentes vítimas de trauma. Dispõe de dois postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e equipa médica;
- **Sala de emergência:** área onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. Estes provêm tanto do exterior como dos diferentes serviços do hospital. Com lotação de cinco unidades, cada uma equipada com material necessário a Suporte Avançado de Vida. Encontra-se alocada a área uma equipa de Reanimação Intra-Hospitalar, constituída por Médico Intensivista e Enfermeiro.

Na contínua melhoria do acolhimento ao utente e família/pessoas significativas, o Serviço dispõe de Gabinete de Apoio ao Acompanhante e salas de espera dispersas pelas instalações. De referir a Sala da Família, local específico, com condições de recato e privacidade, utilizada essencialmente pelos Prestadores de Cuidados para informar a família das condições do doente.

O Gabinete de Apoio ao Acompanhante funciona numa estrutura física própria das 8h às 24h com um administrativo que desenvolve as suas actividades como elo de ligação entre os profissionais de saúde e a família/pessoas significativas. Das 24h às 8h as actividades são partilhadas entre o enfermeiro da triagem e o administrativo do Posto Administrativo. Este circuito, de relevante importância no acolhimento dos cidadãos no SU, inicia-se na Triagem onde o enfermeiro triador, regra geral, encaminha o acompanhante para o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, onde é recolhido o contacto de referência e lhe é atribuída uma pulseira roxa (Acompanhante de Referência). Durante as 24h e as 8h, é o enfermeiro da triagem que regista o contacto do acompanhante e lhe atribui a respectiva pulseira. Caso o doente for menor de idade, possuir barreiras à comunicação, com agitação psicomotora e a presença do

acompanhante ser terapêutica, entre outras, é-lhe atribuído a condição de Acompanhante Permanente e respectiva pulseira roxa (com a designação AP e cor de Área à qual o doente foi alocado). Caso seja um doente com prioridade Muito Urgente e Emergente, o acompanhamento por parte da família/pessoas significativas é feito de imediato. Isto também acontece em doentes que sejam triados para a área laranja ou para as especialidades de oftalmologia, nefrologia, gastroenterologia, estomatologia, cirurgia vascular ou hemodinâmica, uma vez que se encontram noutra área que não urgência de adultos.

As salas de espera encontram-se anexadas a cada área. Existe sala de espera na admissão administrativa, onde não existem restrições para a permanência dos cidadãos, e onde geralmente se encontra a família/pessoas significativas do doente que não necessita de acompanhamento. Sala de espera na área de triagem onde os doentes aguardam triagem, composta por condições para recepção de doentes em maca e com mobilidade não condicionada ou reduzida. Restantes áreas (Amarela, Ortopneumologia, Laranja e Sala de Emergência) possuem, cada uma, salas de espera com cadeiras das respectivas cores.

2. PLANIFICAÇÃO DO PROJECTO

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993: 23), o planeamento de um projecto pode ser definido como “ [...] *a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, [...] implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores*”.

O Planeamento constitui, assim, um conjunto de decisões programadas, cujo resultado pretendido é o de provocar uma mudança. É de realçar o facto de este ser um processo contínuo e dinâmico, sujeito, por isso, a alterações sempre que se considere oportuno. Podemos enumerar as suas etapas:

- Diagnóstico da situação;
- Fixação de objectivos;
- Selecção de estratégias;
- Elaboração de programas e projectos;
- Preparação da execução;
- Execução;
- Avaliação. (Giraldes & Imperatori, 1993)

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa do processo de Planeamento. Esta permite-nos identificar os principais problemas, as suas causas e respectivos factores condicionantes (Giraldes & Imperatori, 1993). Nesta etapa, são detectadas as necessidades e estabelecidas as prioridades.

Em entrevista estruturada com a Senhora Enfermeira Chefe, e em resposta à questão “Identifica alguma necessidade, que em contexto de Estágio, possa intervir?”, fomos convidados a participar no projecto de melhoria dos registos de enfermagem do serviço, sendo este um aspecto a necessitar de melhoria de acordo com a mesma, no sentido de conter dados sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como uma avaliação mais detalhada do doente.

Na tentativa de encontrar mais contributos para caracterizar o problema, a observação participante foi realizada no decorrer da prestação de cuidados nas diferentes áreas do SU, bem como no exercício de funções de gestão, no período mencionado no Cronograma (Anexo A) e teve como focos a pessoa, a família e a prestação de cuidados de enfermagem em todas as suas dimensões. Tivemos a oportunidade de consultar aleatoriamente alguns processos de doentes e da leitura das notas de enfermagem, foram detectadas algumas lacunas, essencialmente na escassez de informação registada na avaliação inicial, nas notas de evolução e notas de alta (nestas últimas raros foram os casos de existirem registos que levassem à continuidade dos cuidados, mesmo quando transferência para outros serviços da instituição). Foram, também, encontrados episódios de urgência sem qualquer registo de enfermagem. Não podemos deixar de referir que no relato da informação aquando a passagem de turno, muitos dados eram referidos oralmente. Contudo, após consulta dos registos escritos, verificamos não reflectirem, muitas vezes, a excelente informação obtida e cuidados prestados.

Estas constatações permitiram-nos identificar como oportunidade de melhoria a informação de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de vários aspectos relacionados com o doente nos registos, o que convergiu com a necessidade detectada pela Senhora Enfermeira Chefe.

2.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Está presente na consciência dos enfermeiros a importância dos Registos das intervenções e os seus propósitos. Leal (2006), exalta esta importância considerando que estes constituem um instrumento básico de enfermagem indispensável no processo de cuidados ao doente e família/pessoas significativas. Estes constituem alicerce na delineação, desempenho e avaliação dos cuidados prestados aos doentes, para que estes possam ser individuais, contínuos e progressivos, permitindo autonomia e responsabilidade dos Enfermeiros e dando visibilidade ao trabalho realizado.

Pereira (2005), citando Costa e Ramalhão, considera que existem três tipos de registos: **Admissão** (devem conter dados biográficos, história social e clínica), **Evolução** (Relatam essencialmente dados do doente após a prestação de cuidados. Sendo de elevada importância para a continuidade dos cuidados) e **Alta/Transferência** (Têm por objectivo dar continuidade aos cuidados de enfermagem pós Alta/Transferência, permitindo que cheguem a outro profissional informações relevantes sobre o doente).

Cartaxeiro (2003) considera como finalidade dos registos de enfermagem descrever a condição, passada e presente, de saúde do doente, divulgar informações importantes pela equipa de saúde, desenvolver e uniformizar uma metodologia de transmissão de informação, avaliar a qualidade dos cuidados prestados, auxiliar na gestão dos recursos humanos e na investigação em enfermagem e interferir na decisão do método de formação em serviço. Contudo, esta não é de todo uma referência isolada, muitos outros fazem referências próximas à finalidade dos registos, como, Dias *et al* (2001), Rodeia (1993), entre outros.

Cada vez mais os programas de melhoria da qualidade estão a ser vistos como instrumentos fundamentais para uma melhor prestação de cuidados de saúde. Prova é o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais pelo extinto Instituto de Qualidade em Saúde, lançado em 1999, bem como os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, editado em Setembro de 2002. Estes projectos dependem do levantamento de informação, factor importante na avaliação da qualidade hospitalar. Esta poderá ser transformada e apresentada em forma de indicadores. Estes, podem ser reflexo da medição de processos, dos resultados ou mesmo da estrutura organizacional da instituição de saúde. (Pereira, 2009)

A informação relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem, só pode ser encontrada nos registos de enfermagem. Se eles são inexistentes ou incompletos, não conseguiremos avaliar para melhorar a nossa prestação de cuidados.

É um facto, que os registos são realizados, mas terão a qualidade e pertinência que se espera? Esta questão faz todo o sentido, essencialmente num Serviço de Urgência.

O Serviço de Urgência é a porta de entrada de grande parte dos clientes numa Unidade de Saúde e momento único para uma avaliação preliminar dos problemas da pessoa. Mais ainda, na realidade portuguesa, em que os Cuidados de Saúde Primários, apesar de um crescimento de respostas aos problemas de saúde dos clientes nos últimos anos, ainda não respondem às exigências de saúde/doença que se esperava de uma estrutura que se quer perto dos cidadãos.

É certo que o tempo em contexto de urgência/emergência é o recurso mais difícil de gerir. Desde a avaliação da situação problema, sua estabilização ou resolução, vigilância para avaliação da resposta ao tratamento realizado até à alta intra-hospitalar ou para o domicílio da pessoa, decorrem um número de intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro. Trabalho impar e de valor acrescentado para cuidados de saúde de qualidade. Mas existirá um reflexo deste, nos registos efectuados pelo enfermeiro?

É certo que as intervenções interdependentes que na sua maioria resultam de prescrição de outro elemento da equipa, acabam por ser “validadas” como executadas, o que fomenta o registo atempado das mesmas e as intervenções à sua percussão ficam inerentes no acto de “validação”. Contudo, muitas das intervenções autónomas do enfermeiro realizadas, acabam por ser descuradas no registo em processo clínico. É certo, como já vimos, que o tempo em urgência é de difícil gestão e a prestação de cuidados directos ao doente é sempre uma prioridade. Mas todos conhecemos a premissa “intervenção não registada é não realizada”. Logo, é necessário fomentar no reduzido tempo em urgência para intervir junto do doente, um pequeno momento para efectuar registos que sejam sensíveis e consequentemente autónomos aos Cuidados de Enfermagem. Surge-nos, então, a dúvida acerca do que registar. Quais serão esses dados sensíveis aos cuidados de enfermagem que importa referir, tendo presente o tempo reduzido que existe para efectuar os registos em contexto de urgência? O que será então o mínimo a registar e que traduza o trabalho realizado pelo enfermeiro em contexto de Urgência?

Como disciplina, as Ciências da Enfermagem conjectura um Processo que está inerente a todos os actos do enfermeiro. Este pressupõe Avaliação inicial, Planeamento das intervenções, Execução das intervenções e Avaliação final, tendo presente a dinâmica desta hermenêutica em que o fim pode ser o início de outro Processo. Temos então um ponto de partida com quatro momentos que nos levam e sustentam a intervenção autónoma. Mas para despoletar toda esta dinâmica é necessário identificar o problema a resolver, o que fará as “roldanas” começarem a girar. É neste momento que importa reflectirmos. Devemos registar todos os problemas do doente, mesmo que repetindo informação já descrita por outros elementos da equipa no processo do doente e que, à partida, já nos levaram a acções interdependentes? Ou, devemos registar os problemas que necessitam de intervenções autónomas prescritas pelo enfermeiro? Está presente que o tempo é escasso. Não devemos então organizá-lo com o sentido de descrever o exercício autónomo do enfermeiro na resolução dos problemas da pessoa sensíveis aos cuidados de enfermagem? Compreendemos, então, que só assim poderemos estabelecer metas através de indicadores mensuráveis da nossa prática, para avaliar com o objectivo de melhorar.

Para dar resposta a que focos ter em atenção, na consulta bibliográfica realizada, deparamo-nos com o Modelo de Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem, desenvolvido e testado pelo Pereira. No seu trabalho, ele enuncia os focos que traduzem uma intervenção autónoma e sensível aos cuidados de enfermagem (Figura I).

| Focos de atenção incluídos no RMDE | | |
|---|--|--|
| Funções <i>Expectorar</i> <i>Aspiração</i> <i>Desidratação</i> <i>Úlcera de pressão</i> <i>Anquilose</i> <i>Pé equino</i> <i>Dor</i> <i>Obstipação</i> | <i>Razões para a acção</i> <i><u>Conhecimento</u></i> <i><u>Aprendizagem de capacidades</u></i> <i>Stress do prestador de cuidados</i> <i>Aceitação do estado de saúde</i> <i>Auto controlo: infecção</i> <i>Auto controlo: incontinência urinária</i> <i>Auto controlo: continência intestinal</i> <i>Auto controlo: dor</i> | <i>Interacções e Processos familiares</i> <i>Papel parental</i> <i>Papel de prestador de cuidados</i> <i>Paternidade</i> <i>Amamentar</i> <i>Planeamento familiar</i> <i>Adaptação à gravidez</i> |
| | <i>Acções realizadas pelo próprio</i> <i>Auto cuidado higiene</i> <i>Auto cuidado vestuário</i> <i>Auto cuidado alimentar-se</i> <i>Auto cuidado uso do sanitário</i> <i>Transferir-se</i> <i>Posicionar-se</i> <i>Deambular</i> <i>Queda</i> <i>Uso de contraceptivos</i> <i>Adesão ao regime terapêutico</i> <i>Gestão do regime terapêutico</i> <i>Adesão à vacinação</i> <i>Auto-vigilância</i> <i>Comportamento de procura de saúde</i> <i>(durante a gravidez)</i> | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Figura 2- Focos de atenção incluídos no RMDE (com base na Versão Beta 2 da CIPE) in Pereira, 2005 p. 197

Consideramos que este pode ser um ponto de partida para a discussão com aqueles que todos os dias exercem funções em contexto do Serviço de Urgência. Isto é, através do Resumo Mínimo de dados, procurar reflectir com a equipa de forma a identificar quais os focos que merecem atenção e que devem sempre ser registados pelos enfermeiros, para assim se poderem construir indicadores concretos que levem à crescente visibilidade da enfermagem como profissão dotada de saberes próprios bem como ao aumento da qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio e até ao momento, identificamos alguns focos que consideramos exequíveis em contexto do Serviço de Urgência. Não resistimos a enumerá-los. Contudo,

estes devem ser alvo de investigação e reflexão mais concreta, no intuito de perceber a sua utilidade/exequibilidade. Destacámos então:

- Funções:

Expectorar

Aspiração

Desidratação

Dor

Obstipação

- Razões para acção:

- Conhecimento

- Aprendizagem de capacidades

- Stress do prestador de cuidados

- Aceitação do estado de saúde

- Interacções e Processos Familiares

- Papel de prestador de cuidados

- Acções realizadas pelo próprio

- Auto Cuidado Higiene

- Auto Cuidado Alimentar-se

- Auto Cuidado uso de sanitário

- Transferir-se

- Queda

- Adesão ao regime Terapêutico
- Gestão do Regime Terapêutico

2.3. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

De acordo com as necessidades detectadas, e tendo em conta os recursos e o tempo disponível para a realização deste projecto, definimos como objectivos gerais:

- Reforçar a sensibilização, já iniciada anteriormente, dos enfermeiros para a necessidade de documentar as suas práticas;
- Sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de avaliar o doente de uma forma holística;
- Incentivar o registo das necessidades e dos problemas do doente/pessoa significativa, identificados
- Promover o registo das intervenções autónomas de enfermagem.

2.4. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS E METODOLOGIAS

Para a execução deste projecto, que conta, em todas as suas fases, com a parceria com os profissionais do SU, adoptamos como estratégia a interacção com a equipa, de forma a perceber as suas especificidades e os seus saberes, através da partilha recíproca de experiências e conhecimentos.

Será, assim, elaborado um guia orientador de elaboração de notas de enfermagem, bem como um documento de auditoria das mesmas. (Anexos)

2.5. PROGRAMAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Como actividades consideramos serem adequadas:

- O diálogo com os enfermeiros aquando da execução das notas de enfermagem, de forma a perceber o que consideram relevante registar, e ao mesmo tempo sensibilizar para a importância de documentar os cuidados. Este será feito entre os dias 1 e 14 de Junho nas horas de contacto de estágio, com os enfermeiros em serviço na área;
- Criação, juntamente com a Senhora Enfermeira Chefe, de um guia orientador de registos tipo com focos chave e respectivas intervenções, com origem no diálogo com os enfermeiros, a ser posteriormente trabalhada por cada equipa.
- A realização reuniões com os coordenadores da equipa e elementos-chave de cada equipa, na qual será lançada a discussão da problemática da documentação dos cuidados de enfermagem e as suas implicações para a melhoria da qualidade. As reuniões decorrerão entre os dias 15 e 18 de Junho, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros (plano de sessão em Anexo B);
- No decorrer das sessões serão feitas as alterações que se julguem pertinentes, ao guia de orientação de registos, que após a última reunião será remetido para cada coordenador de equipa (Anexo C).

2.6. AVALIAÇÃO

A Avaliação é a última etapa do processo de planeamento de um projecto, afirmando-se, segundo Andrade (1995) como “[...] *um instrumento para melhorar o projecto, valorizar a sua pertinência, assim como facilitar a tomada de decisões*”.

Como avaliação de processo, será utilizado o feedback recebido pelos enfermeiros do serviço, nomeadamente a Enfermeira-Chefe, em relação à reunião, bem como o nº de enfermeiros sensibilizados para a necessidade de registar os cuidados prestados, de acordo com a sua pertinência. Este número será obtido através dos dados fornecidos pelos enfermeiros coordenadores das equipas.

Como avaliação da formação realizada, será efectuado um formulário o qual os formandos terão de preencher (Anexo D).

Como avaliação de resultado, será feita uma análise dos registos de enfermagem, através do preenchimento do documento de auditoria, para verificação da mudança de

registos, numa fase posterior a este projecto, em que todos os enfermeiros do Serviço estarão informados acerca da problemática.

3.EXECUÇÃO

Conforme planeado, a sensibilização dos enfermeiros aquando da execução dos registos de enfermagem, bem como a recolha de dados para a construção de um instrumento de registos, ocorreu nas datas entre 1 e 14 de Junho.

Nos dias 15, 16 e 17 de Junho foram efectuadas sessões de formação, uma para cada equipa, após a passagem de turno da manhã, pelas 8h30min.

- A primeira sessão decorreu no dia 15 de Junho, com a equipa D, contando com a presença de 5 elementos, além da Sr.^a Enfermeira Chefe do SU e teve a duração de 2 horas;
- A segunda sessão decorreu no dia 16 de Junho, com a equipa C, e contou com a presença de 3 elementos, além da Sr.^a Enfermeira Chefe do SU;
- A terceira sessão decorreu no dia 17 de Junho, com a equipa E, e contou com a presença de 3 elementos, além da Sr.^a Enfermeira Chefe do SU;
- A quarta e quinta sessões, planeadas para o dia 18 de Junho, não foram possíveis realizarem-se devido a greve, tendo sido, por isso remarcada uma sessão para o dia 23.

Em todas as sessões foi exposta a problemática e efectuadas sugestões por parte dos formandos, que se mostraram sensibilizados para a problemática e empenhados em participar neste projecto de forma activa, através da sensibilização dos restantes colegas e da colaboração na construção do instrumento de registos. Foi, também, entregue em cada sessão um documento da OE acerca do RMDE que foi colocado na capa de cada equipa para consulta pelos seus membros, e um quadro contendo a sugestão do que seria um instrumento de notas de enfermagem, com espaço para sugestões. Este documento foi efectuado no programa exel, para possibilitar a sua utilização como instrumento de auditoria dos registos de enfermagem.

4. Avaliação

Após cada sessão, verificamos uma mudança na atitude dos enfermeiros relativamente à importância atribuída à problemática da melhoria da qualidade dos registos, bem como à sua relevância para a construção de indicadores de enfermagem, através da manifestação das suas opiniões, pelo que consideramos os dois primeiros objectivos da sessão atingidos (Anexo B). A mudança de comportamentos esperada não poderá ser avaliada a curto prazo, pelo que, conforme referido anteriormente, deverá ser feita numa fase posterior.

Em relação à avaliação de cada sessão, através do formulário, e da sua análise estatística, pudemos verificar que em relação ao item conteúdos programáticos, 90% dos participantes considerou o tema abordado muito interessante e a acção excelente em termos de conhecimentos.

No que concerne ao desempenho dos formadores, 95% considerou que foram totalmente claros, dominavam a matéria, conseguiram motivar os formandos e incentivaram a participação.

Relativamente à organização da acção, 70% dos formandos considerou que a acção teve a duração necessária e 80% afirmou a documentação distribuída ter boa qualidade. O valor mais baixo relativamente à pontuação atribuída no questionário, remeteu-se para o horário da acção (após a passagem de turno). Consideramos este não ser o horário ideal, contudo foi o possível para abranger todas as equipas sem necessidade de deslocamento dos profissionais fora do seu horário de trabalho.

5. CONCLUSÃO

Desde o momento da avaliação de necessidades, passando pela execução e finalmente pela avaliação, este foi um trabalho gratificante, na medida em que permitiu o desenvolvimento de um exercício crítico e reflexivo, envolvendo estudo de estratégias e planos de acção com vista à resolução de problemas.

Estamos cientes de que este foi um pequeno passo com vista à mudança e melhoria da qualidade. Foi, contudo, um passo importante na medida em que introduziu o tema e sensibilizou os profissionais para a problemática. Consideramos, assim, termos cumprido os objectivos a que nos propusemos inicialmente, com a certeza de que o nosso trabalho será continuado.

6. BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, M. I. (1995) – *Educação para a Saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

CARTAXEIRO, A., e tal (2003). A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. *Revista Informar*, n.º 30, Jan./Agosto, Ano IX.

DIAS, A., et al (2001). Registos de Enfermagem, *Revista Servir*, volume 49 n.º 6, pp. 267-271

FREITAS, P. et al (1997). *Triagem no Serviço de Urgência*. Porto: Grupo de Triagem de Manchester.

GIRALDES, Maria do Rosário; IMPERATORI, Emílio (1993) – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição. Lisboa.

HOSPITAL DE SÃO JOÃO- Grupo de Trauma. www.grupodetrauma.com. Internet. 11/05/05.
URL: <http://www.grupodetrauma.com/site/index.php?content=pag-texto/pt/msgenfdir.php.pt&context=hsj>

HOSPITAL DE SÃO JOÃO. (2006). *Instituição*. Obtido em 20 de 04 de 2010, de Hospital de S. João: http://www.hsjoao.min-saude.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27542

LEAL, M (2006). *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem – Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.

PEREIRA, S. (2005). A Importância dos Registos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, n.º 62, Setembro, pp. 58-61

PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS, disponível on-line em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>, em 24 Maio de 2010 às 17h00.

RODEIA, J. (1993). Registos de Enfermagem. *Revista Servir*, Volume n.º 41, n.º2 Março/Abril

ANEXOS

Anexo A

Cronograma

| Tempo Actividades | | 2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|------|-------|-------|-------|-------|------|-------|---------|-------|-------|----------|-------|
| | | Abril | Maio | | | | Junho | | | Outubro | | | Novembro | |
| | | 19-30 | 1-9 | 10-16 | 17-23 | 24-31 | 1-6 | 7-13 | 14-19 | 4-15 | 16-22 | 23-31 | 1-19 | 20-27 |
| Caracterização da instituição e serviço | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnostico da situação | Entrevista com Enfermeira-Chefe | | | | | | | | | | | | | |
| | Entrevistas informais com Enfermeira Tutora e restante equipa | | | | | | | | | | | | | |
| | Avaliação dos registos de enfermagem | | | | | | | | | | | | | |
| | Observação directa | | | | | | | | | | | | | |
| | Tratamento de dados | | | | | | | | | | | | | |
| Definição de objectivos | | | | | | | | | | | | | | |
| Estruturação do plano de acção | Definição de estratégias e métodos de actuação | | | | | | | | | | | | | |
| | Programação da intervenção | | | | | | | | | | | | | |
| Execução | | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração de relatório de projecto | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo B

Plano de Sessão

| | | | |
|------------------------|---|---|---|
| TemaTema | Importância dos Registos – Na prática diária dos Enfermeiros em Contexto de Serviço de Urgência. | | |
| Data | 15, 16, 17 e 18 de Junho de 2006 | Hora | Sessão de 2h no início do turno da manhã (15, 16,17 e 18) e no início turno da Tarde (18) |
| Objectivos | Com esta sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância de documentar as práticas; • Reconhecer a necessidade de avaliar o doente de uma forma holística; • Aumentar o nº de registos acerca das intervenções autónomas de enfermagem, bem como acerca das necessidades do doente e família | | |
| | Conteúdo | Metodologia/Estratégia | Tempo |
| Introdução | Apresentação dos formadores, do tema e dos formandos | Método Expositivo/Método | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Importância dos Registos: Razões para registar; • Tipos de Registos: Registos de Admissão, Evolução e alta/transferência. | Método Expositivo: Apresentação oral com auxílio de métodos audiovisuais (PowerPoint) (Anexo I) | 25min |
| Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • O que registar? | Métodos Expositivo e Participativo | 80 min. |
| Conclusão | Avaliação da Sessão: ganhos e condicionantes Agradecimentos pela presença e disponibilidade demonstrada para a temática. | Interacção com os formandos. | 10min. |

Anexo C

Guia Orientador de Registos

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------|
| | | | Sugestões |
| Avaliação Inicial/Registos de admissão | | | |
| Status de admissão | | | |
| Antecedentes Relevantes | | | |
| Estado de Consciência | Consciente | | |
| | Orientado auto e alopsiquicamente | | |
| | Pupilas (tamanho, simetria e fotorreactividade) | | |
| Humor | Eutímico | | |
| | Depressivo | | |
| | Ansioso | | |
| Dor | Localização | | |
| | Intensidade | | |
| Respiração | Não invasiva: especificar | | |
| | | Doente eupneico | |
| | | Doente dispneico | |
| | Invasiva | | |
| | Ventilação espontânea | Doente eupneico | |
| | | Doente dispneico | |
| | Ventilação mecânica | Adaptação ao modo Ventilatório | |
| Limpeza das Vias aéreas | Eficaz | | |

| | | | |
|----------------------|---|-------------------------------------|--|
| | Necessidades de aspiração | | |
| | Secreções | Purulentas Mucosas Quantidade | |
| Circulação | Pressão arterial de acordo valores habituais? | | |
| | Tempo preenchimento capilar | | |
| | Frequência Cardíaca (Ritmo, regularidade, tipo) | | |
| | Sinais visíveis de hemorragia | Localização | |
| | | Quantidade | |
| Temperatura | Temperatura ao toque | | |
| Alimentação entérica | Via oral | Geral | |
| | | Mole | |
| | | | |
| | Através de Sonda | Tipo de Sonda | |
| | | Data de Colocação | |
| | | | |
| | Última refeição | | |
| Glicemia Capilar | | | |
| Eliminação Vesical | Espontânea | Incontinência | |
| | | Globo Vesical | |
| | | | |

| | | | |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|
| | Por Catéter Urinário | Tipo | |
| | | Data de Colocação | |
| | Urina | Límpida | |
| | | Concentrada | |
| | | Com sedimento | |
| | | Hematúria | |
| Eliminação Intestinal | Presença de estomas | | |
| | Padrão de eliminação intestinal | | |
| | Última dejectão | | |
| Tegumento Pele | Integra | | |
| | Integridade comprometida | | |
| | Presença de feridas | Tipo | |
| | | Localização | |
| | | Extensão | |
| Actividades de Vida Diária | Grau de dependência | | |
| | Identificação do Cuidador | Necessidades do cuidador | |
| | | | |
| Necessidades de Apoio Social | | | |
| Acompanhante | Relação com o doente | | |
| | Contacto | | |

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| Cuidados de Saúde Primários | Acompanhamento por enfermeiro | | |
| Registos de Evolução | | | |
| Estado de Consciência (Reavaliação) | Consciente | | |
| | Orientado auto e alopsiquicamente | | |
| | Pupilas (tamanho, simetria e fotorreactividade) | | |
| | Intervenções Realizadas | | |
| Humor (Reavaliação) | Eutímico | | |
| | Depressivo | | |
| | Ansioso | | |
| | Intervenções Realizadas | | |
| Dor (Reavaliação) | Aumento ou redução da intensidade | | |
| | Intervenções Realizadas | | |
| Respiração | Não invasiva | | |
| | Mecânica | Bem adaptado | |
| | | Desadaptado | |
| | Espontânea | Doente eupneico | |
| | | Doente dispneico | |
| | Invasiva | | |
| | Ventilação espontânea | Doente eupneico | |
| | | | |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|--|
| | | Doente dispneico | |
| | Ventilação mecânica | Bem adaptado | |
| | | Desadaptado | |
| | Intervenções Realizadas | | |
| Limpeza das Vias aéreas | Eficaz | | |
| | Intervenções Realizadas | Necessidades de aspiração | |
| | | Secreções | |
| | | Mucosas | |
| | | Quantidade | |
| Circulação | Pressão arterial | | |
| | Frequência Cardíaca (Ritmo, regularidade, tipo) | | |
| | Sinais visíveis de hemorragia | Localização | |
| | | Quantidade | |
| | Intervenções Realizadas | | |
| Temperatura | Intervenções Realizadas | | |
| | | | |
| Alimentação entérica | Indicação médica | | |
| | Recusa alimentar | | |
| | Alimentos Ingeridos | logurte | |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| | | Chá | |
| | | Bolachas | |
| | | Outro | |
| | Tolerância alimentar | | |
| | Glicemia Capilar | | |
| Eliminação Vesical | Espontânea | | |
| | Urina | Límpida | |
| | | Concentrada | |
| | | Com sedimento | |
| | | Hematúria | |
| | Intervenções Realizadas | Cateterização Vesical | |
| | | Lavagem Vesical | |
| | | Sinfonagem | |
| Eliminação Intestinal | Ileostomia | Funcionante | |
| | | | |
| | Colostomia | Funcionante | |
| | | | |
| | Fezes | Pastosas | |
| | | Líquidas | |
| | | Semi-líquidas | |
| | Frequência | | |
| | Hematemeses | | |

| | | | |
|-------------------------|---|------------------------------|--|
| | Intervenções Realizadas | Remoção Fecalomas | |
| | | Enema | |
| | | Outra | |
| | | | |
| Tegumento Pele | Presença de feridas | | |
| | | Tipo | |
| | | Localização | |
| | Extensão | | |
| | Intervenções Realizadas | | |
| | | Lavagem com SF | |
| | Outros procedimentos/tratamentos: especificar | | |
| Acessos Venosos | | | |
| | Tipo de acesso | | |
| | Localização | | |
| | Motivo de cateterização | | |
| Higiene Pessoal | | | |
| | Grau de dependência | | |
| | Intervenções Realizadas | Cuidados de Higiene parciais | |
| | | Banho no chuveiro | |
| | | Cuidados de Higiene orais | |
| | | Outra | |
| Precauções de Segurança | Intervenções Realizadas | | |
| | | Levantar grades da maca | |
| | | Outra | |

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|
| Família | Avaliação das necessidades | | |
| | Intervenções Realizadas | Orientação alimentação | |
| | | Orientação deslocação | |
| | | Encaminhamento para apoio social | |
| | | Apoio no luto | |
| Registos de Alta/Transferência | | | |
| Resumo de episódio | | | |
| Défices nos Auto-cuidados | | | |
| Presença de feridas | Tratamento realizado | | |
| Necessidades de ensinos | | | |
| Necessidade de apoio social | | | |
| Avisada Família | Pessoa contactada | | |
| | Meio de contacto | | |

Anexo D

Formulário avaliação da Sessão

ANEXO VIII

AVALIAÇÃO DO RISCO DE NÃO – ADESÃO AO TRATAMENTO

AVALIAÇÃO DE RISCO DE NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO

FÍSICA

| Diagns Enfermagem | Avaliação |
|----------------------------------|--|
| Intolerância à actividade | Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento? |
| Cognição Comprometida | Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentrar? Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Tem dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente? |
| Efeitos secundários da medicação | Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação? |
| Memória Comprometida | Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas)? |
| Compromisso musculoesquelético | Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)? |
| Dor | Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento? |
| Percepção comprometida | Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tomar a medicação ou seguir o tratamento? |
| Défice Sensorial | Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)? |

MENTAL E COMPORTAMENTAL

| Diagns Enfermagem | Avaliação |
|---|--|
| Capacidade de gestão do regime | Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que inter fere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito? |
| Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco | Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença? |
| Ansiedade | É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas? |
| Regime de tratamento complexo | O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia? |
| Negação | Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que a sua doença é grave? |
| Fadiga | É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às |

| | |
|---|--|
| | consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições)? |
| Medo | Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação? |
| Crenças de saúde, conflito | O que acha que o ajuda mais com (mencionar os sintomas)? Acha que a (medicação, dieta, terapêutica) o ajuda com os sintomas da sua doença? Há outros remédios que tenha tomado e que ache que são mais eficazes que o tratamento prescrito pelo seu prestador de cuidados? |
| Falta de esperança | Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é impossível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir? |
| Analfabetismo | Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde? |
| Défice de conhecimentos | Sabe qual é o seu diagnóstico? Que tipo de coisas acontecem quando começa a ficar doente? Sabe os nomes dos seus medicamentos e quando tem de os tomar? Quais os tratamentos que o seu médico receitou (medicamentos, dieta, fisioterapia, terapia ocupacional)? Segue o seu plano de tratamento (medicação, exercício, dieta) mesmo quando não se sente doente? |
| Não-Adesão | Parou de (tomar a medicação, ir às consultas marcadas, seguir a dieta, seguir o regime de exercício) sem falar com o seu profissional de saúde no último ano? Alguma vez toma mais / menos que a dose prescrita da sua medicação? |
| Resposta ao tratamento, ausência de | Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento? |
| Auto-eficácia, baixa | Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso? |
| Auto-imagem, baixa e Auto-estima, baixa | Tomar a medicação (seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua? |
| Ideação suicida | Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento? |
| Suspeita | Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz? Acha que o seu (profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta) pode fazer algo para o prejudicar? |
| Exaustão no tratamento | Há quanto tempo precisa de tratamento para a sua doença? Por quanto tempo pensa que irá necessitar de tratamento? Ficou satisfeito com o tratamento que recebeu para a sua doença no passado? Porquê / por que não? |

SOCIOCULTURAL E AMBIENTAL

| Diagns Enfermagem | Avaliação |
|--|---|
| Capacidade para se ajustar (adequação) | De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida? |

| | |
|--|---|
| Crime | Há problemas de segurança na sua casa ou na vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de tratamento? |
| Crenças Culturais | Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento? |
| Família disfuncional | A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento? |
| Atitude de família, em conflito | O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito? |
| Rendimento inadequado | Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento? |
| Apoio social, ausência de | Tem pessoas / grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio na sua comunidade? |
| Estigma | Mantém a sua doença e / ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento? |
| Transporte, ausência de | Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras)? |
| Confiança no profissional de saúde, ausência de e confiança, baixa | Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento? |

ESPIRITUAL

| Diagns Enfermagem | Avaliação |
|--|---|
| Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade) | As suas crenças e / ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito? |
| Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade, família) | As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito? |
| Angustia Espiritual | A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida? |

In ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009). *Estabelecer Parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Anexo C – Avaliação do Risco de Não – Adesão ao Tratamento).

ANEXO IX

MEDIDA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

| | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|----------------|----------------|------------|
| 1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |
| 2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |
| 3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |
| 4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |
| 5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |
| 6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |
| 7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? | | | | | |
| Sempre 1 | quase sempre 2 | com frequência 3 | por vezes 4 | Raramente 5 | Nunca 6 |

In DELGADO, A. Barata; LIMA, M. L. (2001). – Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Departamento de Psicologia Social e das Organizações ISCTE. Psicologia, Saúde & Doença, 2 (2) p. 98

ANEXO X

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO NO DOENTE QUEIMADO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão no Doente Grande Queimado

Elaborado por:

Andreia Nobre

Fernando Miranda

Porto, Novembro 2010

Siglas:

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

IMC - Índice de Massa Corporal

MUST- Malnutrition Universal screening tool

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

U.P – Úlcera de Pressão

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 7 |
| 2. Úlcera de pressão | 9 |
| 3. O doente queimado, particularidades | 11 |
| 4. O que pretendemos | 13 |
| 5. Planeamento | 14 |
| 6. Conclusão | 15 |
| 7. Bibliografia | 16 |

Anexo A - Folha de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão no Doente Queimado

INTRODUÇÃO

Sendo a saúde um estado de harmonia física e mental, relativamente isento de incómodo e sofrimento, que permite ao indivíduo funcionar tão eficazmente quanto possível no seu meio, qualquer transtorno a este equilíbrio irá provocar perturbações causadoras de mal-estar. Esta repercute-se nas diferentes dimensões, nomeadamente física e psíquica, provocando sofrimento, dor, sentimentos de inutilidade, frustração, alterando a sua imagem corporal, o seu papel social, conduzindo muitas vezes a um estado de dependência.

É a satisfação de necessidades em toda a sua complexidade, que preserva a integridade da pessoa. É neste âmbito que é essencial assegurar a integridade cutânea como forma a garantir o bem-estar físico e psíquico do indivíduo, a conservação da segurança e a promoção da independência.

As Úlceras de Pressão (U.P) são um problema mundial e surgem nos serviços hospitalares, envolvendo custos elevados no seu tratamento, mobilizando muitos recursos humanos e materiais, e grande sofrimento para os doentes e familiares. Cada vez mais o foco Úlcera de Pressão é um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem, tornando-se urgente o estabelecimento de directrizes e protocolos de actuação na sua prevenção. Contudo, após revisão bibliográfica deparámos com o facto de não existirem dados concretos do risco de UP no doente queimado, que permitissem um planeamento de cuidados direccionado a um determinado risco.

Assim, torna-se fundamental a criação de um instrumento que nos consiga transmitir, quais os factores de risco mais usuais, que contribuem para o aparecimento de U.P na unidade de queimados. A criação deste instrumento, teve como base, a pesquisa bibliográfica, da evidência mais recente e a observação/discussão diária durante o estágio realizado na unidade.

O objectivo da aplicação deste instrumento de colheitas de dados, será o tratamento dos dados, para se conseguir estabelecer quais os factores de risco que mais predispõe o indivíduo ao aparecimento de U.P, neste contexto de prestação de cuidados, com o

Avaliação de Risco de Úlcera de Pressão no doente grande queimado

intuito de estabelecer medidas correctivas de prevenção, apoiadas nas guidelines existentes.

ÚLCERA DE PRESSÃO

Quando um indivíduo é sujeito a um período de imobilidade prolongada, apresenta grande probabilidade de alterar a sua integridade cutânea, desenvolvendo úlceras de pressão, o que conduz a consequências graves não só a nível pessoal, mas também social. Desta forma é crucial reconhecer o papel vital na prevenção no aparecimento de úlceras de pressão, pois este é um campo de intervenção autónoma do Enfermeiro.

Segundo a, (EPUAP, 2009) a definição de Úlcera de Pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado de pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

A mesma considera, quatro níveis de lesão, denominando-as em quatro categorias:

Categoria I, eritema não branqueável, pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.

Categoria II, perda parcial da espessura da pele, perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial, com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.

Categoria III, perda total da espessura da pele, perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado.

Categoria IV, perda total da espessura dos tecidos, perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas. (EPUAP, 2009)

Reconhecendo agora as diferentes categorias de U.P, torna-se fulcral reconhecer a importância da prevenção. EPUAP (2009), promove várias recomendações no que

Avaliação de Risco de Úlcera de Pressão no doente grande queimado

concerne à prevenção de úlcera de pressão nas componentes de Avaliação de risco, avaliação da pele, nutrição para a prevenção de úlcera de pressão, reposicionamentos para a prevenção de úlceras de pressão, superfície de apoio e População especial: doentes no bloco operatório. Mais do que descrevermos quais as intervenções a dirigir para cada item torna-se premente conhecer as particularidades da individualidade de cada pessoa, neste caso o doente queimado. Só assim poderemos direccionar as nossas intervenções ao que realmente influencia o aparecimento de UP nesta tão frágil população de doentes. Será fulcral o conhecimento de um instrumento, que correctamente utilizado, nos ajuda na avaliação de risco, tendo sempre em conta que as escalas de avaliação de risco só devem ser usadas como auxiliares e nunca para substituir a avaliação clínica de enfermagem ou como instrumento isolado de avaliação de risco.

Existem vários tipos de escalas para avaliar o risco de aparecimento de U.P, na instituição é utilizada a escala de Braden. Esta é composta de seis subescalas; percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, actividade e mobilidade e três medem a tolerância do tecido à pressão – humidade, fricção e deslizamento. As primeiras cinco são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável) a sexta subescala é pontuada de um a três. Cada subescala é acompanhada de um título e cada nível de um conceito descritor chave e uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados. A contagem de pontos baixo na Escala de Braden indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver U.P.

Todos os doentes com mobilidade reduzida, são considerados doentes de alto risco no desenvolvimento de U.P. O doente queimado, é um doente que por si só, já tem esta alteração na mobilidade, sem referir todos os outros factores de risco. A magnitude das U.P nos doentes queimados é desconhecida e existe falta de suporte bibliográfico na caracterização e implementação de intervenções adaptadas e dirigidas a este tipo de doentes. Os doentes queimados podem estar em maior risco de desenvolver U.P por razões, para além das que usualmente estão relacionadas com a dos outros

doentes, mas realmente não podemos admitir isso como um facto. (Gordon, et al, 2004; Hardy, et al)

Com base nesta avaliação de risco, podemos aferir, que todo o doente queimado é de alto risco, contudo temos que perceber quais os factores que mais influenciam. A bibliografia diz-nos que os factores podem ser intrínsecos, extrínsecos ou exacerbantes.

Como factores intrínsecos temos a alteração na mobilidade, alteração da percepção sensorial, doença vascular, malnutrição, desidratação, alterações da consciência, anemia, hipoalbuminemia, idade elevada, tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), número de cirurgias realizadas recorrendo a anestesia geral. (Gordon, 2004; Hardy, ; Leiko, 2009)

Como factores extrínsecos temos as forças de pressão, torção e deslizamento.

Como factores exacerbantes temos os relacionados com a humidade da pele, tais como a incontinência, transpiração, drenagem de feridas. Assim como os relacionados com a terapêutica prescrita, que poderá conter sedativos e hipnóticos, analgésicos, corticóides e anticoagulantes.

O DOENTE QUEIMADO, PARTICULARIDADES

O doente queimado possui factores de risco que o predispõe ao desenvolvimento de U.P. O Choque Hipovolémico, com a saída de sangue das extremidades para assegurar a manutenção dos órgãos vitais é um facto; os vários procedimentos a serem realizados com o fim de assegurar a vida do doente como a entubação orotraqueal, recurso a terapêutica que induz o bloqueio neuromuscular de forma a prevenir a mobilização inadequada do doente. A hipovolémia, tem como efeito a diminuição do acesso dos nutrientes à periferia tecidular. A diminuição da mobilidade, exacerba esta

Avaliação de Risco de Úlcera de Pressão no doente grande queimado

redução pela pressão exercida nas extremidades ósseas. Inicia-se um ciclo que é importante quebrar, tratando. Contudo, no estabelecimento do processo terapêutico outros factores surgem, e aparentemente para aumentar o risco de UP. (Gordon, 2004; Latenser, 2009)

A fluidoterapia incitada pelo Ressuscitação hídrica é o início do processo, dando origem a edema maciço, tanto nas áreas queimadas como nos tecidos adjacentes. Este atinge o máximo 2 a 3 dias após a queimadura, originando também a diminuição do aporte sanguíneo à pele. Contudo, a administração de fluidos, é essencial para compensar as perdas, pois se a hidratação sistémica não for mantida, a pele não queimada poderá estar em risco. Esta perda exacerbada de fluidos pelas lesões queimadas vai aumentar a humidade na pele circundante à queimadura, o que poderá provocar uma futura lesão na área adjacente à queimadura. Assim, como a necessidade de pensos húmidos no tratamento das zonas queimadas também por si afectam as zonas saudáveis peri-lesão. (Gordon, 2004; Latenser, 2009)

As idas repetidas ao bloco operatório, para limpeza da área queimada e a realização de plastias com a criação de novas lesões associadas há colheita de pele, requerem que o doente esteja anestesiado por longos períodos de tempo. O procedimento em si também provoca perdas de sangue que leva a hipovolemia, e os problemas subjacentes que já vimos. Se não forem adoptadas medidas preventivas, podem surgir U.P. após a cirurgia, normalmente, são realizados pensos compressivos, para prevenir hemorragias prolongadas, tanto das zonas plastiadas, como das zonas dadoras. Se o penso estiver demasiado compressivo ou ocorrer edema após a aplicação do penso, vai causar uma pressão na área afectada, potenciando risco na formação de U.P. (Gordon, 2004)

A dor e a ansiedade durante o internamento são um facto importante a considerar no doente internado numa Unidade de Queimados. Tanto associado ao infligido pela lesão em si como os procedimentos que vão sendo realizados ao longo do processo terapêutico. Assim, para prevenir a dor o doente poderá não se mobilizar, como atitude defensiva, o que leva a diminuição da mobilidade. O recurso à sedação com ansiolíticos e narcóticos, é a forma mais comum de os reduzir. Contudo são fármacos que por si também reduzem a tendência natural do doente em se mobilizar

frequentemente. Uma correcta titulação da terapêutica resulta num doente acordado, sem dor, mas que requer uma atenção intensa da equipa de enfermagem. (Gordon, 2004; Van Loey, 2003)

O doente queimado apresenta uma inadequada nutrição devido à resposta metabólica que leva a um consumo proteico elevado tanto pela perda nos tecidos como pelo consumo. Isto leva a uma diminuição do Índice de Massa Corporal (IMC). Na literatura encontram-se referências à ligação entre um baixo IMC e a prevalência de UP. (Gordon, 2004; EPUAP, 2009; Latenser, 2009)

De uma forma geral todas as funções da pele ficam inactivas com a destruição dos tecidos pela queimadura. Uma das funções da pele é o controlo da temperatura, estando esta barreira afectada leva a um aumento do risco de hipotermia, estando esta também relacionada com o risco de aparecimento de UP. (Gordon, 2004; Latenser, 2009)

Importa então perceber as variáveis mais relacionadas com o aparecimento de úlcera de pressão no doente queimado.

O QUE PRETENDEMOS

Após consulta de algumas bases de dados indexadas como a EBSCO, PUBMED e RCAAP verificamos que não existe um estudo epidemiológico da prevalência de úlceras de pressão no doente queimado adulto. Encontramos sim informação no que concerne a revisões bibliográficas que aferem a partir das características e particularidades do doente queimado hipóteses de factores de risco mas que não se encontram comprovados para o surgimento de Úlceras de Pressão no doente queimado.

Assim, propomos um instrumento de colheita de dados que congregue a informação, tendo por base um método de análise por multi-variáveis, que proporcione à Unidade de Queimados do Hospital da Prelada perceber quais os factores de maior risco para o aparecimento de úlceras de pressão no doente queimado, no sentido de intervirem

Avaliação de Risco de Úlcera de Pressão no doente grande queimado

mais precocemente possível como forma de prevenirem o aparecimento destas lesões. Assim como, proporcionar o início da construção de um documento que proporcione a avaliação de risco de UP no doente queimado.

O instrumento que se encontra no Anexo A, teve como base para a sua concepção a revisão bibliográfica da mais recente evidência que já explanámos. No que concerne à avaliação do risco nutricional optámos pela *Malnutrition Universal screening tool* (MUST). Este encontrasse validado para toda a população internada no hospital e é de fácil utilização para todos os profissionais de saúde (Stratton, et al, 2004).

PLANEAMENTO

O instrumento de colheita de dados será dado a conhecer a um grupo de enfermeiros motivados e interessados na temática, que irá ser liderado pela Enfermeira Tutora. Estes irão ao longo de um ano avaliar os factores risco de UP dos doentes admitidos na unidade. Posteriormente os dados de avaliação de risco, irão ser alvo de um estudo aprofundado com o objectivo de aferir quais os factores de risco do desenvolvimento de UP no doente queimado e destes quais os mais frequentes.

Foi considerado pertinente, aproveitar o instrumento de avaliação para descrever lesões ao longo do internamento, possibilitando um estudo aprofundado da prevalência e incidência de úlcera de pressão neste contexto.

Assim, existirá um conhecimento mais aprofundado desta temática, permitindo um planeamento mais eficiente e eficaz na prevenção de UP no doente queimado. Acrescentando conhecimento científico que induzirá uma prática baseada na evidencia, permitindo cuidados de mais e melhor qualidade.

CONCLUSÃO

Conhecer os factores de risco para o aparecimento de U.P em doentes queimados, é extremamente importante, para proporcionar o aumento de qualidade nos cuidados de enfermagem, pois assim será possível agir de forma a prevenir.

Após dar a conhecer a toda a equipa o nosso trabalho, verificamos que vários elementos ficaram entusiasmados com a possibilidade de participarem de um futuro trabalho de investigação, que será exequível com a ajuda da folha criada por nós, após a consulta da mais recente evidência nesta área.

Foi um trabalho gratificante de realizar, uma vez que existe pouca bibliografia acerca deste assunto e foi compensador verificar que conseguimos obter algo inovador e que poderá ajudar a unidade a realizar trabalhos de investigação na área, mas acima de tudo, o que mais nos satisfaz, foi a certeza que após a descoberta dos resultados, serão prestados ainda melhores cuidados de enfermagem, na prevenção de U.P e quem beneficiará serão os doentes, assim como a instituição, pois com a redução do aparecimento de U.P, ocorrerá também uma diminuição dos custos.

BIBLIOGRAFIA

European Pressure Ulcer Advisor Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

Gordon, M; Gottschlich, M; Helving, E; Marvin, J; Richard, R; (2004) – Review of evidence-based practice for the prevention of pressure sores in burn patients, Journal of Burn Care & Rehabilitation Volume 25, N.º 5

Hardy A; Harrel D; Tran K; Smith S; Mattingly T; Zins B; Zaeske K; Thomas J; Sharp P; Annan L (2007). Exploring the effects of wound dressings and patient positioning on skin integrity in a pediatric burn facility. Ostomy Wound Management, Vol. 53, n.6, pp 67-72. Disponível em [http\\:www.o-wm.com/article/7409](http://www.o-wm.com/article/7409), consultado em 01 de Novembro de 2010.

Latenser, B. (2009) – Critical Care of the burn patient: The first 48 hours. Crit Care Med, Vol 37, nº 10

Leiko, S., Rossi, L. (2009) – Nursing Diagnoses of Burned Patients and Relatives' Perceptions os Patients' Needs – International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Vol 20, Nº 1, January-March.

Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S , Stroud M, et al . (2004) Malnutrition in hospital outpatients and impatiens: prevalence, concurrent validity and ease of use of the “Malnutrition Universal screening tool” (MUST) for adults. Br J Nutri, 92 (5) 799- 808.

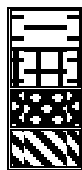
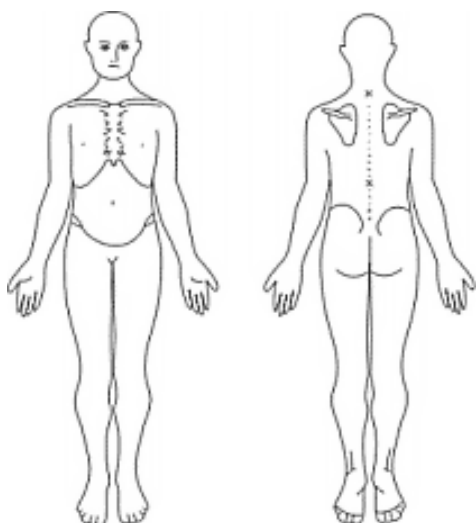
Van Loyed, N, Van Son, M. (2003) Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars - Epidemiology and Management. Am Journal Clin Dermatol Vol 4, n.º 4.

Anexo A

Folha de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão no Doente Queimado

Caracterização da Pele

Zonas com Lesão na admissão



Queimadura 1.º

Queimadura 2.º

Queimadura 3.º

Região dadora

____% área queimada

1

Categoria I – eritema não branqueável

2

Categoria II – flictena

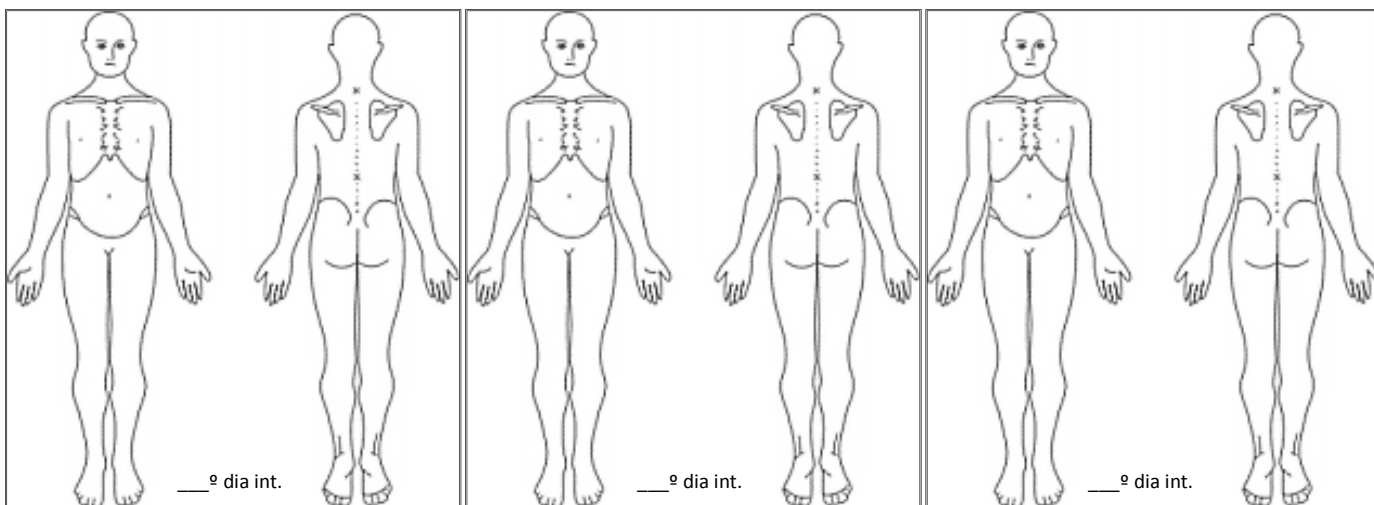
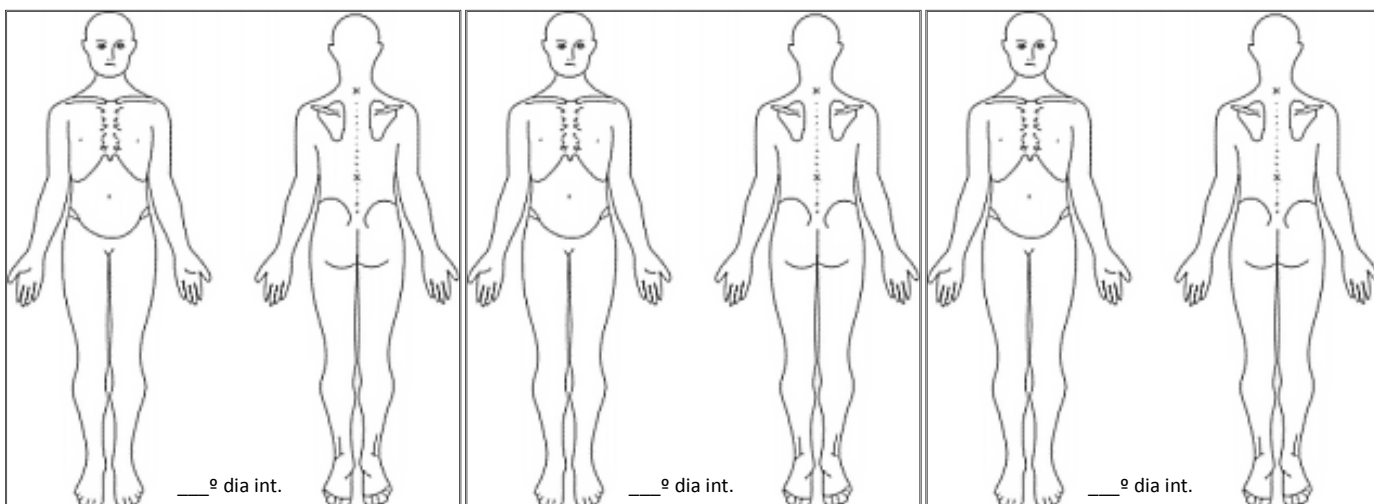
3

Categoria III – perda total da espessura da pele

4

Categoria IV – perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea

Avaliação de Novas lesões ao longo do internamento



Observações:

| Tempo de internamento: ____ dias

Tempo de internamento na Unidade: _____ dias